TOME I. — N° 2 FÉVRIER 1957

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LES MOTIFS ET CIRCONSTANCES DU MENSONGE

PAR

GUY DURANDIN

Objet de cette recherche

Le phénomène du mensonge pose au psychologue deux groupes de problèmes essentiels, nous semble-t-il :

1) un problème de nature générale, qui est celui de la motivation du mensonge. Autrement dit, quels sont, dans l'ensemble, les motifs et les circonstances qui conduisent les gens à mentir ;

2) des problèmes de psychologie différentielle : à supposer que l'on puisse répartir une population en trois grandes catégories, dont les deux extrêmes comprendraient les gens qui mentent *très peu* et les gens qui mentent *beaucoup*, et la catégorie intermédiaire les gens qui mentent modérément, quelles seraient les caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales de ces trois sortes de personnes ? Par exemple : L'un des deux sexes

est-il plus porté au mensonge que l'autre ? Ou bien : Les émotifs sont-ils particulièrement portés à mentir ? Ou bien : Le mensonge est-il plus fréquent dans telle catégorie sociale que dans telle autre ?

En fait, les problèmes de ce second groupe ont déjà été abordés par plusieurs auteurs, en particulier par Le Senne (1), en ce qui concerne les rapports entre le mensonge et le caractère, et par Hartshorne et May (2), en ce qui concerne l'influence du milieu éducateur sur la tricherie. Mais il ne nous semble pas que le premier problème, qui est celui de savoir *pourquoi nous mentons,* ait retenu suffisamment jusqu'ici l'attention des psychologues.

Or, nous avons été frappé, en ce qui nous concerne, par trois faits, qui sont :

1) la fréquence du mensonge ;

2) le caractère irrationnel de beaucoup de mensonges ;

3) la facilité avec laquelle des personnes, même instruites, affirment des choses fausses sans même sembler s'en apercevoir et sans avoir l'intention de mentir.

Précisons ces trois points :

1) Il nous a semblé, — peut-être n'est-ce là qu'une impression personnelle —, que, dans bien des cas, les gens mentent alors qu'ils ne risqueraient absolument rien de plus, ni pour eux, ni pour leur interlocuteur, à dire la vérité.

Nous en donnerons un bref exemple. Mme X. avait invité la famille Y. à déjeuner. Une telle invitation revêtait à ce moment un caractère particulièrement généreux et amical, car cela se passait en France, très peu de semaines après la fin de la guerre 1939-1945, et le ravitaillement était encore tout à fait insuffisant. La famille Y. était donc désireuse de témoigner, d'une manière ou d'une autre, sa réelle reconnaissance à Mme X. Or Jacques, un membre de la famille Y. qui se trouvait alors aux U.S.A. venait justement de faire parvenir aux siens un colis qui contenait surtout des vivres de première nécessité, mais aussi une boîte de chocolats ; aussi eut-on l'idée d'offrir cette boîte de chocolats à Mme X. Mais aussitôt émise, cette suggestion suscita un problème : « Oui, dit Françoise, mais d'où allons-nous lui dire

(1) *Le mensonge et le caractère,* Alcan, Paris, 1930.

(2) *Studies in the nature of character.* I. Studies in deceit, New-York, 1928.

que vient cette boîte ? » On ne pouvait en effet pas dire qu'on l'avait achetée, car cela ne pouvait à l'époque s'acheter qu'au marché noir, ce qui eût été contraire aux principes de la famille Y. Or, donner à quelqu'un quelque chose que l'on n'a pas acheté, mais que l'on a reçu soi-même en cadeau, cela ne se fait guère. On se mit donc en devoir d'élaborer une explication, afin de munir la boîte de chocolats d'une origine avouable ; mais les tentatives se révélaient plus ou moins fructueuses, et, finalement, l'un des donateurs déclara : « Après tout, le plus simple serait peut-être de dire la vérité. Jacques nous a envoyé cette boîte qu'on trouverait difficilement en France actuellement. C'est effectivement par amitié que nous la mettons de côté pour Mme X. Pourquoi ne pas le dire ? » Et tout le monde se rallia à cette solution, non sans soulagement.

Nous nous excusons du caractère anodin et banal de cette tentative de mensonge. Mais nous avons choisi cet exemple précisément pour sa banalité, parce qu'il nous semble qu'il peut évoquer dans l'esprit du lecteur de nombreux exemples du même genre et mettre ainsi en évidence la fréquence de ces mensonges qui n'ont pas d'utilité réelle, nous voulons dire par là, qui ne seront pas d'un effet plus heureux que la vérité elle-même. Mais il semble que nous obéissions, dans ces cas-là, par une sorte de réflexe, à une règle non explicitée qui pourrait se formuler ainsi : « Il est toujours plus prudent de ne pas dire la vérité, quelle qu'elle soit. »

2) En ce qui concerne le caractère *irrationnel* du mensonge, nous ne voulons pas seulement dire que le mensonge est une *affirmation contraire à la vérité,* mais qu'il est souvent inadapté par rapport au but même que le sujet qui ment veut atteindre. Nous nous permettrons de donner aussi à cet égard un exemple fort simple. Il s'agit d'un garçonnet de 10 ans avec qui nous étions en vacances. Un matin, je lui mis entre les mains une paire de pinces que j'avais trouvé égarées dans le jardin, en lui disant : « Va ranger ces pinces dans la boîte à outils ; ton père ne sera pas content s'il les voit dans le jardin en train de se rouiller. » Le soir, ayant moi-même besoin de ces pinces, je les cherchai dans la boîte à outils et ne les y trouvai pas. J'appelai le garçonnet et lui demandai : « Où as-tu mis les pinces que je t'ai données ce matin. — Je n'y ai pas touché », me dit-il en guise de réponse. La signification de cette réponse est aisée à percevoir : l'enfant, au lieu d'essayer de me donner le renseignement que je lui demandais, a immédiatement adopté à mon

égard une attitude défensive, mais ce faisant, il a accompli un mensonge, puisque je lui avais bel et bien mis les pinces dans les mains, et ce mensonge était parfaitement inutile puisqu'en somme, en lui disant de les ranger, je lui avais donné l'ordre d'y toucher, et non point de ne pas y toucher. Sa faute était de ne pas avoir rangé les pinces et non d'y avoir touché. Nous nous trouvons donc là devant un mensonge qui constitue une attitude défensive inadaptée. Sans doute s'agit-il, dans cet exemple, d'un enfant, mais il nous semble que ces mensonges irrationnels se présentent fort souvent aussi chez l'adulte.

3) Quant au troisième point, à savoir que des personnes, même instruites et de bonne foi, affirment fréquemment des choses fausses, c'est ce dont on se persuadera facilement en se référant aux travaux des psychologues qui ont étudié le témoignage (1), ou bien, tout simplement, en prêtant attention aux diverses conversations de la vie quotidienne. Nous n'en citerons qu'un exemple : un groupe d'ingénieurs avait été invité à visiter les ateliers de réparation d'une importante entreprise de transports. Au cours de la visite, le Directeur, M. D., fournit quelques chiffres aux visiteurs : il précisa que l'entreprise s'était développée peu à peu, qu'elle possédait maintenant 400 véhicules environ, au total, et il ajouta qu'il avait récemment passé une grosse commande : 100 autocars à la fois, à un fabricant célèbre, M. C. A la fin de la visite, j'entendis un des visiteurs répéter (si l'on peut dire !) à son voisin que M. D. venait de commander 400 autocars à la fois. Or, les visiteurs étaient tous, rappelons-le, des ingénieurs, c'est-à-dire des personnes habituées à l'exactitude et la précision dans leurs calculs. Mais il semble qu'on assiste, en matière de vérité, à un manque de transfert d'apprentissage : la même personne, qui est capable de la plus grande exactitude dans tel aspect de son travail, devient comme insensible à la notion de vérité dès qu'il s'agit d'un autre domaine, et elle se livre alors, sans hésitation, à des affirmations grossièrement inexactes ou même directement contraires à la vérité.

Mais si nous laissons de côté pour le moment le problème du témoignage erroné pour ne nous occuper que du mensonge proprement dit, nous pouvons résumer en quelques mots l'objet de notre recherche : le mensonge nous paraît si fréquent, et sou-

(1) Voir en particulier Cénac : Le témoignage et sa valeur du point de vue judiciaire. *Congrès des aliénistes et neurologues de langue française*, Rennes, 1951.

vent si peu utile, — du moins au premier abord —, que le problème essentiel du mensonge réside pour nous dans sa fréquence même. Et c'est pourquoi nous avons cru bon de rechercher les *causes* du mensonge, avant d'aborder les problèmes de psychologie différentielle, dans l'étude desquels on suppose en somme résolu le problème de l'existence même du mensonge.

En donnant pour titre à cet article : « Recherches sur les motifs et circonstances du mensonge », nous avons voulu indiquer les deux plans principaux sur lesquels nous avons effectué cette recherche des causes du mensonge : il s'agissait d'une part de savoir quels sont sur le plan conscient les divers motifs pour lesquels les gens mentent, et de préciser d'autre part la nature des situations auxquelles les sujets réagissent par le mensonge, qu'ils aient conscience ou non des rapports entre la situation considérée et leur réaction.

Notre recherche a comporté jusqu'ici deux temps principaux. Le premier temps a consisté à aller à la découverte de motifs insoupçonnés — ou du moins peu connus — du mensonge. Nous estimions en effet que, si les mensonges de caractère *utilitaire* se laissent comprendre assez facilement, ils ne suffisent pas — loin de là — à rendre compte de la *fréquence* du mensonge ; il nous fallait donc trouver d'autres raisons de mentir. Quant au deuxième temps, il a consisté à essayer de déterminer la fréquence et l'importance respective des divers motifs que nous avions précédemment mis à jour. Une pré-enquête, portant sur les 1.000 premiers dossiers d'enfants amenés à la consultation du Centre psycho-pédagogique de l'Académie de Paris pour divers troubles du caractère et de la conduite (1), nous a montré justement la fréquence des mensonges *non* utilitaires chez les enfants d'âge scolaire, et nous a révélé un certain nombre de motifs d'ordre inconscient. Nous avons ensuite continué cette chasse aux motifs du mensonge en utilisant des questionnaires à réponse *libre* que nous avons administrés à des enfants, des jeunes gens et des adultes des deux sexes. A l'aide de ces questions libres, nous avons ainsi obtenu une collection d'environ 300 raisons de mentir, plus ou moins différentes, que nous nous sommes efforcé de classer et de réduire à dix ou douze catégories principales.

Ce sont ces catégories que, dans la deuxième série de nos

(1) Voir Guy Durandin : Recherche sur le mensonge chez l'enfant inadapté, dans *Sauvegarde de l'enfance*, février 1950, p. 89-104.

enquêtes, nous avons soumises à l'évaluation de nouveaux sujets en les invitant :

1) à préciser en termes quantitatifs l'importance qu'ils attribuaient à chacune des raisons de mentir que comportait la liste ;

2) à ajouter librement tous les commentaires et précisions qu'ils jugeraient utiles à propos des diverses raisons de cette liste ;

3) à indiquer s'ils voyaient d'autres raisons de mentir que celles figurant sur la liste et à en préciser l'importance.

On trouvera plus loin la liste des raisons proposées dans une des enquêtes les plus approfondies que nous avons effectuées, mais nous voudrions, avant de commenter cette liste, donner quelques précisions sur les effectifs de nos enquêtes successives, leurs objets, et les autres méthodes dont nous nous sommes aidé.

a) Nos questionnaires de diverses formes ont été administrés à environ 1.500 personnes des deux sexes et de divers âges qui se répartissent approximativement ainsi : 500 sujets de moins de 16 ans, 450 sujets de 16 à 25 ans environ composés de lycéens et étudiants, et enfin 550 adultes de professions diverses. L'une des enquêtes a pu être faite dans un milieu international : au séminaire d'études américaines de Salzburg, pendant la session de juillet 1950. L'enquête la plus approfondie a porté sur 331 étudiants des deux sexes de la Faculté des Lettres de Paris.

b) Le but des diverses enquêtes n'était pas seulement d'étudier les motifs et circonstances du mensonge, mais d'élucider en même temps plusieurs autres problèmes concernant la psychologie du mensonge et, en particulier, de mesurer la *tolérance* d'un sujet ou d'une population donnée à l'égard du mensonge, qu'il s'agisse de ses propres mensonges ou bien de ceux dont on est victime. Mais nous nous limiterons ici à ce qui concerne les motifs et circonstances.

c) Un certain nombre de sujets, après avoir répondu par écrit au questionnaire, ont eu avec nous un entretien qui a duré, selon les cas, de une heure à dix heures, en plusieurs séances. Il a été possible, au cours de ces entretiens, de préciser et d'approfondir le sens des réponses, et d'étudier leur fidélité. Enfin, certains de ces sujets ont été soumis, après l'entretien, à diverses épreuves psychologiques, en particulier au test de frustration de Rosenzweig.

Les motifs du mensonge

A) *Etude statistique.*

La liste des raisons que nous donnons ci-dessous, et qui résulte comme nous le disions plus haut des réponses libres que nous avions obtenues dans la première étape de nos investigations a été présentée à 331 étudiants des deux sexes (dont 92 jeunes gens et 239 jeunes filles). Les sujets étaient invités, comme on le voit, à évaluer l'importance de chacune des raisons proposées en lui attribuant une note de 0 à 6. En ce qui concerne l'ordre dans lequel les raisons sont présentées, nous nous sommes efforcé de répartir aux divers endroits de la liste les raisons importantes et celles qui le sont moins, et nous avons écarté volontairement tout souci de grouper les diverses raisons entre elles selon des critères logiques, notre but étant d'obtenir des sujets une réaction aussi spontanée que possible devant chacune des raisons.

Le lecteur remarquera peut-être, en examinant la liste, qu'il y a deux raisons qui semblent au premier abord faire double emploi, à savoir : mentir pour défendre un ami, et d'autre part mentir pour défendre un groupe dont on fait partie. En réalité, les enquêtes précédentes, dans lesquelles nous avions d'abord réuni ces deux raisons en une seule, nous ont montré qu'elles amènent souvent des réactions différentes : les sujets qui trouvent normal de mentir pour défendre un ami n'accepteraient pas nécessairement de le faire pour défendre un groupe.

Extrait du questionnaire G.D. concernant le mensonge. Question 9

Quelles sont, en ce qui vous concerne personnellement, les principales raisons qui vous pousseraient à mentir ? Pour répondre à cette question, lisez les raisons numérées ci-dessous, et indiquez l'importance de chacune d'elles en lui attribuant une note allant de zéro à six : si la raison vous paraît très importante, vous mettez une croix dans la colonne qui porte la note 6 ; si la raison vous paraît sans aucune importance, vous mettez votre croix dans la colonne qui porte la note zéro ; si la raison vous paraît avoir une importance moyenne, vous mettez votre croix dans la colonne qui porte la note 3, etc...

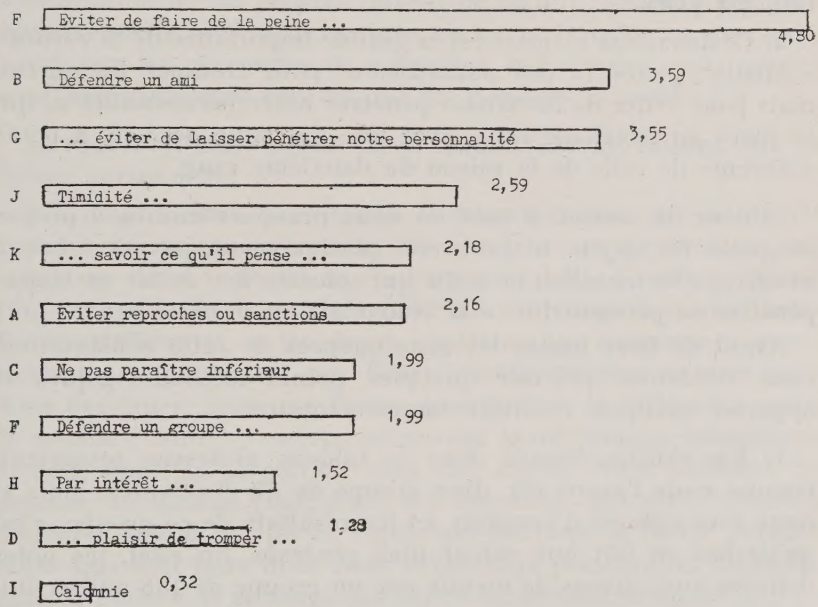
RAISONS	NOTES							Ne rien inscrire dans cette colonne
	0	1	2	3	4	5	6	
A. — Mentir pour éviter des reproches ou des sanctions ..								
B. — Mentir pour défendre un(e) ami(e)								
C. — Mentir pour ne pas paraître inférieur aux autres								
D. — Mentir pour le plaisir même de tromper quelqu'un qui vous est antipathique								
E. — Mentir pour éviter de faire de la peine à quelqu'un								
F. — Mentir pour défendre un groupe auquel on appartient (une équipe sportive, une association, une troupe scoute, un parti, etc.)								
G. — Mentir, peut-être pas positivement pour tromper les autres, mais pour éviter de les laisser pénétrer notre personnalité								
H. — Mentir par intérêt : pour obtenir quelque chose que l'on n'obtiendrait pas si l'on donnait ses vraies raisons ..								
I. — Mentir pour faire du tort à quelqu'un qu'on n'aime pas en disant du mal de lui								
J. — Mentir par timidité : parce qu'on n'ose pas dire exactement ce qu'on pense à quelqu'un qui vous en impose ..								
K. — Mentir à quelqu'un pour voir comment il va réagir à ce qu'on lui dit, et pour arriver ainsi à savoir ce qu'il pense sans le lui avoir demandé directement								

Voyez-vous d'autres raisons qui vous pousseraient à mentir ? Si oui, indiquez-les, et précisez l'importance de chacune en lui attribuant une note comme précédemment.

Quelles sont donc les principales raisons qui, d'après les réponses qu'ils ont fournies, incitent les sujets à mentir ? Le tableau que nous donnons ci-dessous représente la moyenne des notes données à chacune des raisons par un groupe de 52 étudiantes en psychologie de l'Université de Paris, âgées pour la plupart de 20 à 25 ans.

TABLEAU 1

Moyennes des notes données aux diverses raisons du mensonge



Pour avoir l'énoncé complet de chacune des raisons, le lecteur est prié de se reporter page 216.

Nous laissons au lecteur le soin d'examiner lui-même l'importance attribuée à chacune des raisons. Mais nous nous permettrons d'attirer son attention sur deux points :

1) On voit que la raison qui obtient la moyenne la plus forte, 4,80, est une raison qui est pratiquement autorisée, parfois même encouragée par la morale : mentir pour éviter de faire de la peine. Il en est de même pour la raison qui vient au second rang,

avec une moyenne de 3,59 : mentir pour défendre un ami. Par contre, les raisons qui viennent aux deux derniers rangs constituent des manières de faire nettement désapprouvées par la morale. Ce sont : mentir pour le plaisir même de tromper quelqu'un avec une moyenne de 1,28 et mentir, disons en bref, pour calomnier, avec une moyenne de 0,32. Ces deux dernières raisons ont d'ailleurs suscité des commentaires nettement réprobateurs de la part d'un certain nombre de sujets. Ces résultats montrent évidemment que les sujets ont été influencés dans leurs réponses par des préoccupations d'ordre moral. Mais si nous faisons abstraction des raisons qui présentent ainsi un caractère moral ou immoral trop nettement marqué, un deuxième résultat apparaît aux yeux.

2) Ce deuxième résultat est la grande importance de la raison : « Mentir, peut-être pas positivement pour tromper les autres, mais pour éviter de les laisser pénétrer notre personnalité », qui se place au troisième rang, avec une moyenne de 3,55, à peine différente de celle de la raison du deuxième rang.

Si donc on mettait à part les deux premiers motifs, à propos desquels les sujets n'éprouvent pratiquement pas de gêne à avouer qu'ils mentent, le motif qui consiste à « éviter de laisser pénétrer sa personnalité » se trouverait au premier rang.

Avant de tirer toutes les conséquences de cette constatation, nous voudrions préciser quelques points méthodologiques et apporter quelques résultats complémentaires.

1) Les chiffres donnés dans le tableau ci-dessus ressortent, comme nous l'avons dit, d'un groupe de 52 étudiantes. Mais si nous avons choisi d'apporter ici les résultats de ce groupe, c'est qu'ils ont en fait une valeur plus générale. En effet, les notes données aux raisons de mentir par un groupe de 138 autres étudiantes, suivant des cours non pas de Psychologie, mais de Lettres, ne présentent aucune différence statistique significative avec celles du groupe que nous présentons. Ajoutons un résultat plus général encore : les trois raisons qui reçoivent les notes les plus fortes se sont révélées être les mêmes dans des groupes différents par l'âge, le sexe, ou la profession (étudiants ou non-étudiants). Ces trois raisons sont, par ordre décroissant : ne pas faire de peine, défendre un ami, éviter de laisser pénétrer sa personnalité. Nous retrouvons donc, d'une manière générale : en tête, les deux raisons « morales » et, immédiatement après, la raison que nous appellerons pour abréger « personnalité ».

2) On pourrait critiquer la méthode que nous avons employée, du fait qu'elle semble au premier abord ne faire appel qu'à l'introspection des sujets. Dans la question que nous avons reproduite page 5, on demandait en effet à chaque sujet d'évaluer lui-même l'importance des raisons qui le poussent à mentir, et c'est là ce qui rend compte en partie de la prééminence donnée aux raisons les moins choquantes du point de vue moral. Mais, en fait, nous avons utilisé un procédé qui nous a permis d'évaluer la déformation due à ce facteur. Nous avons en effet utilisé deux formes de questions, que nous appellerons la forme *personnelle* et la forme *impersonnelle*. La forme personnelle est celle que nous avons publiée ci-dessus et dans laquelle le sujet évaluait l'importance de ses *propres* raisons de mentir ; quant à la forme impersonnelle, elle était rédigée ainsi : « D'après ce que vous savez sur les personnes de votre âge et de votre sexe, quelles sont les principales raisons qui les poussent à mentir ? »

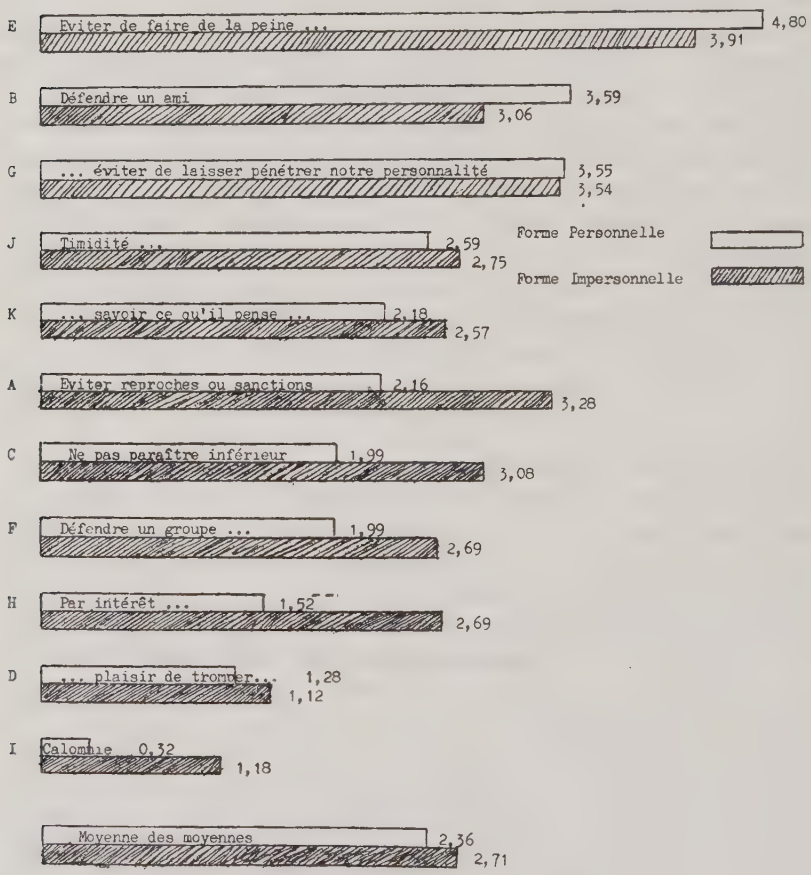
La question était suivie de la même liste de raisons que la forme personnelle.

Les deux formes, personnelle et impersonnelle, ont été distribuées à un même groupe de 101 étudiants en psychologie, un sujet sur deux recevant la forme personnelle, l'autre la forme impersonnelle. Les sujets n'étaient pas avertis qu'il existait deux formes différentes, et les autres questions que comporte le questionnaire ne différaient pas. Grâce à cette expérience, nous pouvons examiner, sous une forme quantitative, la différence entre la manière dont les sujets perçoivent leurs propres mensonges et celle dont ils perçoivent ceux des autres. Nous publions ci-dessous un tableau comparatif des moyennes des notes données à chaque raison par les 52 sujets qui ont reçu la forme personnelle (qui sont ceux dont nous avons déjà présenté les résultats dans le tableau 1) et celles des sujets ayant reçu la forme impersonnelle. La forme personnelle nous montre en somme les raisons pour lesquelles les sujets croient qu'ils mentent, et la forme impersonnelle les raisons pour lesquelles ils croient que les autres mentent. Dans le tableau 2 la forme personnelle est représentée par les barres blanches et la forme impersonnelle par les barres hachurées. Nous avons placé les raisons dans l'ordre décroissant où les ont classées les sujets ayant reçu la forme personnelle, et dans lequel le lecteur les a déjà trouvées tout à l'heure.

TABLEAU 2

Moyennes des notes données aux diverses raisons du mensonge

Comparaison de la forme personnelle et de la forme impersonnelle



Note. — Pour avoir l'énoncé complet de chacune des raisons, le lecteur est prié de se reporter page 216.

Que ressort-il de cette comparaison ?

a) Nous constatons plusieurs différences, mais nous ne parlerons que de celles qui sont significatives au seuil de P.05 (1). Ces différences significatives concernent les raisons :

(1) La distribution des notes de chacun des groupes (comptant respectivement 52 et 49 sujets) n'étant pas normale, les moyennes ne pouvaient être comparées avec les méthodes paramétriques habituelles. C'est pourquoi a

— Mentir pour faire du tort à quelqu'un qu'on n'aime pas en disant du mal de lui.

— Mentir par intérêt : pour obtenir quelque chose que l'on n'obtiendrait pas si l'on donnait ses vraies raisons.

— Mentir pour ne pas paraître inférieur aux autres.

— Mentir pour éviter des reproches ou des sanctions.

On voit que la différence la plus importante concerne le mensonge par calomnie. En somme les sujets, quand ils sont invités à se juger eux-mêmes, se montrent moins pessimistes que lorsqu'ils jugent leurs semblables. La plupart pensent qu'ils ne s'abaisseraient pas à mentir pour calomnier, mais beaucoup pensent aussi que « les autres » ne se privent pas de le faire. Quant aux trois autres différences significatives, nous pouvons constater qu'elles concernent également des raisons plus ou moins vivement réprouvées par la morale.

b) Mais nous ne nous attarderons pas à commenter ces différences, car nous voudrions attirer l'attention sur un deuxième résultat qui ressort de cette comparaison, à savoir que la raison « personnalité » vient au même rang dans les deux formes, c'est-à-dire au troisième rang, et avec des moyennes pratiquement égales : 3,55 dans la forme personnelle, 3,54 dans la forme impersonnelle.

Les sujets à qui nous l'avons présentée ont donc senti son importance aussi bien lorsqu'il s'agissait de se prononcer sur les raisons de mentir d'autrui, que lorsqu'ils étaient invités à ne se préoccuper que de leurs réactions personnelles. On pourrait dire, en d'autres termes, que les sujets ont, pour un grand nombre, trouvé cette raison de mentir « toute naturelle ». Précisons d'ailleurs que si nous l'avons introduite dans ce questionnaire, c'est bien parce que nous l'avions fréquemment rencontrée, sous des formes diverses, dans les enquêtes à réponses libres que nous avions précédemment effectuées.

L'importance de cette raison « personnalité » nous paraît ressortir encore, mais d'une manière indirecte, d'un autre aspect de notre travail. Nous avons calculé les *corrélations* entre les

été utilisé le médian test, dont on trouvera un exposé succinct dans le *Psychological Bulletin* de mars 1952 (L. E. Moses : Non parametric statistics for Psychological research). Cette épreuve de signification tenant compte de la position des notes de chaque distribution par rapport à la médiane de l'ensemble et non de la valeur de ces notes, on comprendra qu'une même différence de valeurs entre les moyennes puisse être significative dans certains cas et non dans d'autres.

notes données aux diverses raisons du mensonge. En termes concrets, il s'agissait de savoir si les sujets qui estiment importante une raison donnée de mentir estiment importante ou non telle ou telle autre raison. Des calculs de corrélations qui ont été effectués entre les 11 raisons de la liste, il est ressorti trois corrélations égales ou supérieures à .30, et significatives au seuil de P.05 (1).

Ce sont les suivantes :

— la raison « mentir pour le plaisir même de tromper quelqu'un qui vous est antipathique » présente une corrélation de .46 avec la raison : « pour faire du tort à quelqu'un qu'on n'aime pas en disant du mal de lui ».

On voit que les deux raisons les plus « immorales » corrèlent entre elles. Ajoutons d'ailleurs en passant que la raison « calomnie » présente des corrélations, plus ou moins importantes, avec toutes les raisons qui sont désapprouvées par la morale ;

— mentir par intérêt corrèle .33 avec mentir pour éviter des reproches ou des sanctions ;

— enfin, et c'est là ce qui nous intéresse le plus pour le présent propos, la raison « personnalité » présente une corrélation de .34 avec « mentir à quelqu'un pour voir comment il va réagir à ce qu'on lui dit, et pour arriver ainsi à savoir ce qu'il pense sans le lui avoir demandé directement ».

Il semble qu'on soit là en présence des deux faces d'un même phénomène : d'une part j'empêche autrui de pénétrer en moi, d'autre part je m'efforce de pénétrer en lui, et dans les deux cas je mens, supposant, d'un côté, qu'autrui veut me pénétrer, et de l'autre qu'il résistera à ma pénétration. Notre étude des raisons du mensonge, et le calcul des corrélations auquel nous nous sommes livrés nous montre donc, incidemment, les difficultés et les attitudes défensives que suscitent les relations inter-individuelles. Autrui et moi sommes chacun l'un pour l'autre une

(1) Les variables mises en corrélation ne pouvant pas toujours être considérées comme continues (exemple, le sexe), le coefficient de corrélation r_φ a été préféré au coefficient de corrélation tétrachorique. Le coefficient r_φ est égal à $\frac{X}{\sqrt{N'}}$, N représentant le nombre de sujets de l'échantillon. Ici, l'échantillon étant de 241 sujets, le seuil adopté .05, les valeurs significatives de r_φ seront supérieures à $\frac{1\,96}{\sqrt{241}} = .13$.

énigme et un danger, du moins est-ce ainsi que nombre de personnes perçoivent les choses.

Si nous résumons maintenant les divers résultats que nous avons apportés jusqu'ici, le point le plus intéressant qui nous paraît se dégager est l'importance de cette raison de mentir qui consiste à mentir « peut-être pas positivement pour tromper les autres, mais pour éviter de les laisser pénétrer notre personnalité ». Cette importance ressort en effet de trois groupes de résultats :

1) La raison « personnalité » reçoit des notes élevées dans tous les groupes de sujets qui ont été soumis à nos questionnaires, bien que ces groupes diffèrent par l'âge, le sexe et la profession. Elle se trouve classée dans tous ces groupes au troisième ou même au deuxième rang, le premier rang étant toujours occupé par une raison qui a un caractère de stéréotype moral (mentir pour éviter de faire de la peine).

2) Cette raison « personnalité » obtient les mêmes notes, qu'elle soit posée sous forme personnelle ou impersonnelle. Autrement dit, il y a accord entre les sujets sur son importance, qu'il s'agisse d'autrui ou d'eux-mêmes.

3) Enfin, cette importance et cet accord se trouvent indirectement confirmés par la corrélation de .34, significative au seuil de P.05, qui existe entre : mentir pour éviter de laisser pénétrer sa personnalité, et mentir pour essayer de pénétrer celle d'autrui à son insu.

Mais, pour élucider davantage la signification de ces divers résultats d'ordre statistique, il nous faut maintenant faire part au lecteur d'un autre aspect de notre étude, à savoir son aspect phénoménologique et clinique.

B) *Etude phénoménologique et clinique des motifs du mensonge.*

Nous ne nous sommes en effet pas contentés de demander aux sujets les diverses raisons pour lesquelles ils mentent, mais, comme nous l'avons signalé au début de cet article, nous leur avons posé de nombreuses autres questions (le questionnaire dit « J V » en comporte 49), et les recoupements que nous avons opérés entre les réponses à ces diverses questions nous ont permis d'en approfondir la signification. Parmi ces questions, il en est une qui nous a été particulièrement utile pour comprendre la signification des résultats statistiques présentés ci-dessus, c'est la question n° 22, qui était rédigée ainsi : « Y a-t-il eu dans votre

vie des périodes où vous ayez eu particulièrement tendance à mentir, ou au contraire des périodes où vous ayez très peu menti ? Indiquez les unes et les autres de ces périodes en spécifiant pour chacune l'âge que vous aviez et les conditions dans lesquelles vous viviez : par exemple, étiez-vous dans votre famille, en nourrice, en pension, etc ? Etiez-vous heureux ou malheureux ? A qui mentiez-vous particulièrement, à propos de quoi mentiez-vous particulièrement, etc... ? »

Cette question, ainsi que le lecteur peut s'en rendre compte, ne se prête pas facilement à la codification et à l'évaluation statistique, mais elle a eu l'avantage de susciter des réponses spontanées, qui permettent de saisir d'une manière concrète le rôle qu'a pu jouer le mensonge, sous ses diverses formes, dans la biographie des sujets. Or, un des résultats qui se dégagent de l'étude de ces réponses est précisément l'importance du besoin de protéger sa personnalité, d'éviter de la laisser pénétrer.

Mais ici cette importance va se trouver exprimée sous une forme qualitative alors que la question n° 9 concernant les diverses raisons du mensonge n'avait permis aux sujets de l'exprimer que sous une forme quantitative.

Voici une jeune fille de 20 ans qui distingue diverses périodes dans sa vie, les unes marquées par le mensonge, les autres non. Elle a fort peu menti, nous dit-elle, jusque vers 14 ou 15 ans. « Puis, ajoute-t-elle, j'ai menti à mes parents, pour leur *cacher ma personne* (1). Je pensais qu'ils ne me comprenaient pas. » Elle décrit ensuite une autre période de sa vie, et elle en arrive à la période actuelle qu'elle caractérise ainsi : « Je ne mens *pas* à mes amis et à très peu de personnes en qui j'ai confiance. Ces personnes sont très rares, il y en a peut-être cinq. Je mens *beaucoup* aux gens à qui je veux cacher ma vie, ou *plutôt que je ne veux pas introduire dans ma vie.* »

Ce qui importe donc dans le mensonge de cette jeune fille, n'est pas d'obtenir tel ou tel résultat précis par un mensonge, mais plutôt de se protéger, d'une manière générale, et pour ainsi dire instinctive, contre l'intrusion d'autrui.

Et voici un autre cas qui nous paraît plus significatif, car il s'agit d'une jeune fille qui éprouve une *très vive répugnance* à l'égard du mensonge. Elle a exprimé son amour de la sincérité, en plusieurs points du questionnaire, et elle nous l'a confirmé avec conviction au cours de l'entretien que nous avons eu avec elle ; son hostilité contre le mensonge est si grande qu'elle esti-

(1) Dans cette citation, comme dans les suivantes : italics are ours.

mait que le seul but valable de notre enquête était d'aboutir à une *action* efficace contre le mensonge, et non point seulement de chercher à expliquer des phénomènes psychologiques. Or, voici ce qu'elle avait répondu à la question 22 : c'est à l'âge de 15 ans qu'elle a le plus menti. Elle venait de découvrir que ses parents, qu'elle aimait jusque-là beaucoup, menaient une vie tout à fait immorale, et elle nous dit : « Je n'aimais plus mes parents, et je ne voulais pas qu'ils pénètrent en moi si peu que ce soit. J'ai réagi de sorte que je leur sois *inconnue*. »

Ainsi, cette jeune fille, éprise de sincérité, a-t-elle néanmoins menti systématiquement à ce moment-là, afin de sauver, en quelque sorte, sa personnalité.

Et voici un autre cas, où nous allons retrouver cette alliance paradoxale au premier abord, de sincérité et de mensonge. Il s'agit également d'une jeune fille qui nous décrit d'abord la bizarre ambiance, toute faite de mensonge, dans laquelle elle s'est trouvée l'année précédente : « L'an dernier, au lycée, je me trouvais dans une classe où il était de bon ton (le professeur nous en donnant l'exemple) d'afficher certains principes, et de faire exactement le contraire, cela n'ayant aucune importance pourvu que l'on clamât bien haut ses principes... L'apparence était sauve. J'avais en particulier un camarade dont il fallait interpréter toutes les paroles, penser exactement le contraire de ce qu'il venait de dire, et qui prétendait à chaque instant être sincère. Pour aller contre cette tendance générale je me suis mis à aimer à un tel point la vérité que je ne parlais qu'à une condition : celle de dire la vérité. Ceci lorsque je m'adressais aux autres. *Mais lorsqu'il fallait parler de moi,* révoltée à la pensée que je devais faire voir un peu de mon moi, alors que tous s'ingéniaient à le masquer, je n'hésitais pas non plus à mentir. L'année 1950-1951 fut à la fois celle où j'ai *le plus menti, et ai pratiqué le plus la franchise.* »

Ainsi donc, cette jeune fille, qui a réagi à une atmosphère de mensonge systématique en prenant le contre-pied et en y opposant une attitude non moins systématique de sincérité, n'a pourtant pas pu éviter de mentir à partir de l'instant où sa *personnalité* était en jeu.

Ces quelques exemples nous montrent donc comment le mensonge peut avoir dans certains cas pour *fonction,* si l'on peut dire, de protéger *l'intégrité* personnelle du sujet qui ment, alors même que ce sujet peut être, par ailleurs, épris de vérité et de sincérité.

Il est à remarquer que ce besoin de cacher sa personnalité est souvent lié dans les réponses des sujets au sentiment ou à la crainte qu'ils éprouvent d'être *incompris*. Précisons d'ailleurs que cette crainte est exprimée surtout par les jeunes filles, et n'apparaît pas d'une manière aussi explicite chez les jeunes gens. Ainsi, de nombreuses jeunes filles que nous avons interrogées se sont-elles plaintes d'avoir été, à un moment ou à un autre, incomprises dans leur famille, ou du moins se souviennent-elles d'avoir éprouvé ce sentiment, même si elles le regardent maintenant comme une étape dépassée de leur évolution ; cette crainte d'être incomprise se manifeste en effet surtout entre 12 et 18 ans environ. En voici quelques exemples :

Une étudiante en Psychologie répond que la période pendant laquelle elle a le plus menti est celle de 10 à 13 ans, et elle précise : « J'étais dans ma famille, j'étais dans des conditions heureuses, mais me croyais très malheureuse, car *je jouais les grandes incomprises.* » Une autre nous signale deux périodes de mensonge dans sa vie, dont une vers l'âge de 14-15 ans : « J'ai menti à mes parents, dit-elle, pour leur *cacher ma personne. Je pensais qu'ils ne me comprenaient pas.* » Une étudiante en Lettres répond qu'elle a surtout menti entre 11 et 14 ans : « Je vivais dans ma famille, mais seule avec mes parents et je me suis renfermée sur moi-même. Je me sentais très malheureuse, « *incomprise* », et je mentais à tout le monde, par plaisir, pour ne pas me sentir *découverte à l'intérieur,* par orgueil. »

Cette peur d'être incomprise que nous venons de voir exprimée va nous permettre de mieux comprendre maintenant les aspects complexes du besoin de ne pas laisser pénétrer sa personnalité, car elle révèle la nature *ambivalente* de ce besoin. Chez nombre de sujets en effet, on constate, en recoupant leurs réponses aux divers points du questionnaire, que la crainte d'être connu et pénétré va de pair avec un désir, non moins intense, d'être connu tel que l'on est. Ainsi, une jeune fille commence-t-elle par donner la définition que voici du mensonge : « Un acte de défense, le plus souvent instinctif, contre la crainte d'être devinée. » De même interrogée quant aux raisons du mensonge (question 9) elle met la note 6, c'est-à-dire la plus élevée, à la raison « mentir... pour éviter de laisser pénétrer sa personnalité » : « Je n'aime pas qu'on essaye de me pénétrer et de me comprendre », mais à la question n° 26 de notre questionnaire J V qui était ainsi libellée : Eprouvez-vous le besoin d'avoir quelqu'un à qui vous puissiez faire vos confidences et vous montrer exactement telle que vous êtes ?, ce même sujet répond qu'elle éprouve très

vivement ce besoin, car, précise-t-elle : « Les différentes personnes de notre entourage nous connaissent en fait très mal ; elles ne voient qu'un aspect de notre personnalité, et par là-même, se trompent très souvent sur nous. *C'est pourquoi j'ai besoin de quelqu'un qui, me connaissant véritablement telle que je suis, peut m'aider.* »

Pour résumer, il nous semble que l'on peut distinguer, dans les mensonges qui ont pour but d'éviter de laisser pénétrer sa personnalité, deux facteurs :

1) d'une part, des sentiments plus ou moins conscients de *culpabilité*, et il convient de noter à cet égard que la peur d'être incomprise coïncide, dans une bonne mesure, chez les jeunes filles, avec la période de la puberté. Il semble que les fillettes aient plus ou moins honte d'elles-mêmes, mais qu'elles craignent en même temps, que, si elles laissaient découvrir leur état d'âme et leurs inquiétudes, autrui ne les juge plus mauvaises qu'elles ne se sentent elles-mêmes dans leur réalité intime ;

2) et d'autre part un désir, parfois même une exigence, *d'être aimé tel que l'on est*. Si les sujets pouvaient être assurés d'être aimés tout en se révélant à autrui tels qu'ils sont, sans doute n'éprouveraient-ils guère le besoin de cacher leur personnalité comme ils le font. Ainsi, le fait de cacher sa personnalité recouvre-t-il à la fois la crainte d'être connu et le désir d'être connu, mais connu par quelqu'un qui vous approuve, vous aime et, si possible, vous aide. Ce qui apparaît contradictoire au premier abord, sur un plan strictement logique : vouloir en même temps être connu et ne pas l'être, ne l'est donc plus lorsque l'on replace les deux attitudes dans leur contexte : on ne demande qu'à être connu dans la mesure où être connu signifie être aimé, on se refuse à être connu dans la mesure où être connu signifie le danger d'être envahi.

Les circonstances du mensonge

Jusqu'ici, nous avons surtout envisagé les phénomènes d'un point de vue *intentionnel*, soit en demandant explicitement aux sujets les motifs de leurs mensonges, soit en essayant de détecter, par des recoupements divers, leurs mobiles plus ou moins conscients. Nous avons donc cherché, dans un cas comme dans l'autre, à préciser *ce que le sujet cherche à atteindre* lorsqu'il recourt au mensonge, et nous avons constaté qu'il ne cherche

pas nécessairement à obtenir tel ou tel bénéfice précis, mais parfois simplement à se protéger d'un danger plus ou moins bien défini : l'intrusion d'autrui. Nous allons maintenant nous demander ce qui caractérise les situations, les circonstances qui incitent les sujets à mentir, soit pour cacher ainsi leur personnalité, soit pour d'autres motifs, c'est-à-dire qu'après avoir situé notre recherche sur le plan de la phénoménologie et de la finalité, nous allons nous placer maintenant sur le plan causal.

Or, l'examen des réponses que nous avons recueillies à la question « périodes » et les renseignements biographiques plus détaillés que nous avons obtenus au cours des entretiens que nous avons eus avec les sujets, nous ont amené à la constatation suivante : une des causes principales qui incitent les sujets à mentir est ce que nous appellerons : *la perte de la sécurité affective*. Quelques exemples vont nous permettre de faire saisir cette relation entre le mensonge et l'insécurité affective. Voici une jeune fille qui *a perdu ses parents* à l'âge de 10 ans, et nous dit : « La période pendant laquelle j'ai certainement le plus menti est celle où, à 14 ans, mon oncle et ma tante m'ont prise en charge. Jusque-là, j'avais vécu chez d'autres personnes. Mon oncle et ma tante n'avaient pas eu d'enfants, ne se sont pas mis à ma portée. *Je leur ai soigneusement caché pendant deux ans au moins toutes mes pensées,* et quelquefois mes actions. »

Voici d'autre part le cas d'un jeune homme qui a perdu son père à l'âge de 12 ans : « Après le *décès brutal de mon père* nous vînmes, maman et moi, à Paris rejoindre une part importante de ma famille maternelle. J'étais sans connaissances autres que familiales, et un stupide professeur de lycée m'accueillit fort mal le jour de la rentrée scolaire. Il se moqua, je me troublai ; quoique sachant répondre à la question qu'il me posa, je ne sentais que l'inimitié et l'indifférence railleuse de ceux qui m'entouraient. Ce cas est fort commun. Mais au retour de cette classe où j'avais eu grand-peine à retenir mes larmes je n'osais ni ne voulais y retourner, mais sachant la *peine* que je pouvais produire dans la sensibilité et la tendresse de ma mère, au lieu de me confier à elle dans l'instant, *je retardais l'aveu,* me trouvais ensuite ridicule, et pendant quelques jours, et je crois même quelques semaines, je ne retournais plus au lycée et fis ce que l'on nomme l'école buissonnière. »

Sans doute le contenu de ce mensonge est-il par lui-même assez banal, mais le contexte affectif dans lequel il se situe ne l'est pas, et nous voyons comment cet enfant, qui attendait sans

doute en la personne du professeur une sorte de substitut paternel, a été ébranlé par l'attitude moqueuse de ce professeur au point qu'il n'a pas pu se confier à sa mère, malgré son amour pour elle. Le mensonge ne consiste pas véritablement ici à vouloir tromper quelqu'un, mais il résulte directement du sentiment d'impuissance que le sujet a éprouvé à se sentir ainsi rejeté par le professeur.

Voici enfin un cas où la perte d'affection a entraîné le sujet à une conduite sado-masochiste qui a pris la forme du mensonge. Il s'agit d'une jeune fille qui avait subi une grave déception amoureuse : elle avait aimé un homme qui lui avait caché qu'il était marié et qui lui avait menti à propos de tout. Voici comment elle décrit sa vie à la suite de cette déception : « A 18 ans, j'ai *horriblement menti* à deux personnes à la fois, par faiblesse. J'étais malheureuse, je souffrais. Je me vengeais ainsi des grosses déceptions subies auparavant. Je mentais à une autre personne que *j'aimais terriblement* et à qui je montrais un visage rempli de haine. »

Ces trois exemples nous ont montré comment le mensonge peut être déterminé par la perte de la sécurité affective. Or, il est possible de procéder à la contre-épreuve de cette sorte de loi : plusieurs sujets en effet nous ont dit comment le climat de confiance et d'affection dans lequel ils ont vécu les a dispensés de mentir, ou comment une affection retrouvée leur a fait abandonner le mensonge pour la sincérité.

Une jeune fille nous dit : « J'ai été presque dans *l'impossibilité de mentir* dans ma première enfance ; j'étais dans ma famille, très heureuse. » Une autre nous dit de même : « Ayant une vie heureuse dans ma famille, je n'ai jamais éprouvé le besoin de mentir. Cela ne m'aurait *absolument servi à rien,* sinon à avoir des remords et une vie moins facile. » De même encore, une étudiante nous dit-elle : « Oui, il y a eu des périodes où je ne mentais plus du tout. En pension, et lorsque j'étais fiancée. J'étais très heureuse, *je ne vois vraiment pas pourquoi* j'aurais essayé ou tenté de tromper quelqu'un. » D'autre part, nous allons retrouver maintenant sous l'aspect « sincérité » un sujet dont nous avons déjà parlé précédemment sous l'aspect « mensonge » : cette jeune fille, qui a beaucoup menti entre 11 et 14 ans à tout le monde et comme par plaisir, parce qu'elle se sentait incomprise et ne voulait pas se sentir « découverte à l'intérieur », nous dit ensuite : « A 14 ans, j'ai trouvé sur ma route *une personne qui m'a donné confiance,* et il y a eu une complète et brutale *transformation... J'ai pris le*

mensonge en horreur. » Et voici un autre cas où le mensonge a fait place à la sincérité sous l'effet de la confiance et de l'affection : un jeune homme nous dit qu'il y a une période où il a très peu menti, à 18 ans et demi, et dans les circonstances que voici : « Je connus une jeune fille à laquelle je mentis pendant quelques semaines par amour-propre. Mais elle me démasqua petit à petit avec tant de délicatesse, de compréhension — son amitié pour moi grandissait au fur et à mesure qu'elle constatait mes mensonges — que j'en vins moi-même à ne plus rien lui cacher, et à étaler devant elle toutes mes objections, et je sentais d'une manière indéniable que *cette confiance me purifiait.* Pendant un certain temps, *ce sentiment fit boule de neige,* et j'en vins même (je le répète, pour un certain temps seulement) à mentir beaucoup moins aux autres. »

A la lumière des exemples que nous venons de citer, le mensonge, et son contraire la sincérité, apparaissent comme des réactions essentiellement affectives, et dans lesquelles la notion logique de vérité n'intervient pour ainsi dire pas. Il s'agit simplement de conduites de retrait ou d'approche, d'ouverture ou de fermeture à l'égard d'autrui, selon que le sujet se sent aimé ou non, en confiance ou non, approuvé ou non. Le mensonge constitue, dans de tels cas, une tentative de solution à un conflit affectif intense.

Mais le conflit ne se présente pas toujours de manière aussi aiguë que dans les cas cliniques cités ci-dessus. Aussi ne croyons-nous pas inutile, pour savoir dans quelle mesure ces exemples nous permettent de dégager des résultats d'ordre général, d'examiner le rôle des facteurs affectifs d'une manière statistique et de ne pas nous contenter de cas démonstratifs. Or, dans la question 22 où nous invitions les sujets à nous indiquer les périodes où ils avaient particulièrement menti, ou avaient au contraire été particulièrement sincères, nous leur demandions aussi, rappelons-le, de préciser si, pendant ces diverses périodes, ils étaient *heureux* ou *malheureux.* Nous avons donc ici un moyen de savoir dans quel climat se situent, d'une manière générale, le mensonge et la sincérité. Les réponses à cette question pouvaient, du point de vue purement mathématique, donner lieu à quatre combinaisons, à savoir :

1) Etre malheureux et mentir.
2) Etre malheureux et être sincère.
3) Etre heureux et mentir.
4) Etre heureux et sincère.

Or, les réponses effectives que nous avons obtenues donnent les résultats suivants :

a) La combinaison la plus fréquente est de beaucoup la première, à savoir : être malheureux et mentir.

b) Il y a une combinaison qui ne s'est présentée que dans un seul cas, sur les 331 sujets de l'enquête, c'est la deuxième combinaison : être malheureux et sincère. Et à vrai dire ce cas est le type de l'exception qui confirme la règle, car le sujet, qui est une jeune fille, nous dit : « Peut-être suis-je plus franche quand je suis malheureuse. J'ai envie d'apprendre aux gens de mauvaises nouvelles, d'être brutale. » Il s'agit donc ici d'une franchise à forte composante *agressive* et qui peut à peine être considérée comme une véritable sincérité, laquelle consisterait en une attitude *ouverte* à l'égard d'autrui, et non dans le besoin de lui apprendre de mauvaises nouvelles ! En bref, si nous nous en tenons aux déclarations des sujets, nous devons conclure que le fait d'être malheureux incite au mensonge, et n'incite pratiquement jamais à être sincère.

c) Quant au fait d'être heureux, il semble qu'il permette à peu près aussi bien le mensonge que la sincérité. En effet, les combinaisons 3 et 4 : être heureux et mentir, ou bien : être heureux et être sincère, se présentent avec des fréquences à peu près égales, avec toutefois une légère prédominance de la combinaison heureux-sincère. Mais nous pouvons aller au-delà de ce résultat exprimé uniquement en termes de fréquence, et examiner, d'un point de vue *qualitatif*, la nature des mensonges relatés dans les périodes de bonheur, d'une part, et dans les périodes de malheur, d'autre part. Cet examen nous montre, comme on pouvait s'y attendre, que, dans ces conditions différentes, les mensonges ont des caractères différents. Les sujets qui citent une période où ils ont menti, tout en étant heureux, racontent souvent des mensonges qui ont un caractère *ludique*, soit simple plaisanterie, soit jeu d'imagination ; ou bien il s'agit de mensonges d'un caractère utilitaire, par lesquels les sujets cherchaient à avoir « encore plus » d'une chose qu'ils avaient déjà ; en particulier : plus de liberté, plus de distraction ; rares sont les cas où le mensonge revêt un caractère grave. Au contraire, et, si l'on peut dire, par définition même, les sujets qui citent une ou des périodes où ils étaient malheureux, nous décrivent des mensonges qui ont un caractère nettement *conflictuel* et qui prennent souvent la forme d'une attitude défensive, en particulier tous ces mensonges qui ont pour but de cacher à autrui sa personnalité ; il arrive dans

ces cas-là que le mensonge devienne une sorte de fin en soi, alors qu'il n'est, chez les sujets heureux, qu'un moyen ou même un jeu.

On pourrait donc, à la lumière de ces divers résultats, distinguer deux grands groupes de mensonges : d'une part les mensonges de caractère utilitaire et de caractère ludique, et d'autre part les mensonges de nature nettement conflictuelle, et c'est précisément sur cet aspect conflictuel du mensonge que nous voudrions maintenant insister. Il nous semble en effet que nous tenons là un facteur qui peut nous aider à répondre, dans une certaine mesure, aux problèmes que nous avions posés au début de cet article.

Nous nous étions étonné de la fréquence du mensonge et de son caractère souvent irrationnel, inadapté, et c'est pourquoi nous avions jugé utile de rechercher quels peuvent être les différents motifs et causes du mensonge, en laissant de côté, pour ainsi dire, ceux des mensonges qui s'expliquent le plus facilement, à savoir les mensonges de type utilitaire. Notre recherche nous a ainsi amené à constater que, dans nombre de cas, le mensonge ne constitue pas à proprement parler un moyen employé consciemment pour obtenir un bénéfice déterminé, mais qu'il se présente comme une tentative de solution, plus ou moins adroite, plus ou moins aveugle même, à un conflit affectif. Mais si nous mettons l'accent sur cette notion de conflit dans la détermination du mensonge, cela nous oblige à repenser en quelque sorte la notion de mensonge elle-même. Lorsque l'on pense au mensonge en effet, on est immédiatement tenté de le définir comme une affirmation « contraire à la vérité », et c'est donc par rapport à la notion de vérité que le mensonge est alors défini. D'ailleurs, sur le plan *logique,* on ne peut pas ne pas se référer à la notion de vérité lorsque l'on parle de mensonge. Mais un des points essentiels qui nous paraissent résulter de notre recherche est que, sur le plan *psychologique,* le mensonge n'a dans certains cas pour ainsi dire rien à voir avec la notion de vérité, c'est-à-dire que le sujet qui ment effectue dans ces cas-là un *acte* et non une affirmation ou une négation logiquement caractérisée.

Le mensonge considéré comme une tentative d'ajustement à une situation conflictuelle

Que le mensonge puisse être ainsi un *acte,* et fasse alors à peine intervenir la notion de vérité, c'est ce que nous allons

essayer de montrer plus amplement. Nous utiliserons d'abord pour cela quelques réponses obtenues au cours de nos enquêtes, et nous nous demanderons ensuite, en poussant notre investigation dans d'autres voies, dans quelle mesure ces réponses nous renseignent sur la nature véritable du mensonge.

Citons d'abord quelques réponses explicites quant à l'hypothèse que nous essayons de vérifier : invité à donner une définition du mensonge, un sujet le définit simplement comme un « instrument de défense », un autre comme « un acte de défense, le plus souvent instinctif ». Mais plus significatif à cet égard est le commentaire qu'un jeune homme, étudiant en Lettres, a fait à la question 9 concernant les raisons du mensonge. Voici ses termes : « Le mensonge est un *acte réflexe*. Je le considère comme une attitude du sujet face à certaines situations. On ne ment pas pour telles ou telles raisons. *On ne réfléchit pas* avant de mentir. On ment parce que, face à un stimulus d'ordre extérieur, le comportement que nous avons est celui du mensonge. Le mensonge serait ici une forme de *l'instinct de conservation.* »

On objectera peut-être que ces déclarations n'expriment après tout que des opinions, et que rien ne nous autorise à penser que leurs auteurs voient juste. Mais nous disposons d'autres réponses qui expriment des attitudes vécues, et non seulement des opinions, et qui ne mettent pas moins en lumière ce caractère instinctif et défensif du mensonge. Voici un sujet qui, Israélite, a dû se cacher et emprunter des pseudonymes pour échapper aux persécutions pendant l'occupation de la France par les nazis. Ce sujet nous dit, non sans raison d'ailleurs : « Le mensonge aux Allemands n'est pas un mensonge, c'est un acte. » Mais un autre sujet, qui n'a fait l'objet d'aucunes persécutions, s'exprime dans des termes semblables. C'est un futur prêtre qui, notons-le bien, nous dit être profondément opposé au mensonge. Répondant à la question 9 qui concerne les raisons de mentir, il met la note 0 à toutes les raisons, à l'exception d'une (la raison « Personnalité », qu'il note 1 seulement), mais voici, par ailleurs, ce qu'il répond à la question « Périodes » : « Sans doute y eut-il dans ma vie des moments où le mensonge devenait une force presque *naturelle :* au début de la puberté. Et c'est à ce moment-là aussi que je mentais le plus pour *défendre inconsciemment* une *liberté* que je ne permettais pas qu'on piétine... » Et il ajoute : « Ce n'était *pas* la *vérité* que je cachais, mais plutôt ma *liberté* à laquelle j'avais droit, et qu'on amoindrissait à tort. »

Cette formule : *cacher sa liberté,* bien qu'elle soit incorrecte

sur le plan logique, et précisément parce qu'elle est incorrecte, nous paraît riche d'enseignements sur le plan psychologique, car le sujet nous déclare en somme en toutes lettres que le mensonge n'est pas le mensonge, mais un *acte* pour défendre sa liberté. Ces déclarations nous ont paru d'autant plus significatives qu'il s'agit d'un homme cultivé, qui ne peut donc être taxé d'illogisme, et qui en outre se déclare profondément hostile au mensonge. Mais pour mieux mesurer l'intérêt qu'il y a à considérer le mensonge sous ces deux aspects d'*acte* et de *défense* que nous venons de mettre en lumière, il nous faut maintenant élucider d'une manière plus précise la nature des rapports qui peuvent exister entre le mensonge et la notion de vérité. Pour ce faire, nous examinerons d'abord les rapports du langage et du mensonge, et cela nous permettra, croyons-nous, d'écarter une première difficulté. Nous nous demanderons ensuite comment s'élabore la notion logique de vérité, et quelques brèves incursions dans le domaine de la psycho-sociologie et de la psycho-pathologie nous rappelleront à quelles vicissitudes elle est soumise.

On a tendance habituellement à concevoir le mensonge sous la forme d'une *parole* contraire à la vérité ; sans doute admet-on qu'il y a des mensonges qui ne se font pas en paroles, par exemple des sourires hypocrites, et aussi tous les actes que l'on range sous le nom de simulation. Néanmoins, il semble que dans l'esprit de la plupart d'entre nous, le mensonge soit étroitement associé au *langage* et que le type même du mensonge soit le mensonge en paroles. Or, dans la mesure où le mensonge est ainsi lié dans notre esprit à la parole, au « *logos* », nous avons tendance par là-même à le situer sur un plan *logique* et à imaginer que la vérité est la base à partir de laquelle le menteur élabore son mensonge. Nous voudrions au contraire montrer :

1) Que le langage et le mensonge ne sont pas nécessairement liés.

2) Que dans les cas même où le mensonge utilise le langage cela n'entraîne pas nécessairement que le sujet qui ment ait une conception distincte de la vérité,

1) Que le mensonge ne soit pas nécessairement lié au langage, c'est ce que montre l'observation de l'enfant. Duprat (1), remarquait déjà en 1903 que le mensonge apparaît avant le développement complet de la conscience et que l'enfant a commencé à mentir avant de savoir parler, en *simulant* la souffrance par ses

(1) Duprat. — *Le mensonge,* Paris, 1903, p. 140.

cris pour obtenir ce qu'il désire. D'une manière plus précise, M. Cousinet (1) cite un enfant de 8 mois dont on peut bien dire qu'il a effectué un mensonge, de la manière que voici : il venait de vider par terre le contenu d'un tiroir de commode. Sa mère lui fait comprendre qu'elle n'est pas contente, et met l'enfant un peu plus loin. Quelques instants après, l'enfant ainsi exilé à quelques mètres, prend un de ses jouets et le jette adroitement sous la commode, de manière à avoir, en somme, un *prétexte* pour se rapprocher de la commode et des trésors qu'elle contient. Mais le terme de « prétexte » que nous venons d'employer caractérise cette conduite de « détour » en termes plus conscients qu'il ne convient, étant donné l'âge de l'enfant, et sans doute serait-il plus exact de dire que l'enfant a simplement, par son acte, *créé une situation* telle qu'elle lui permit de se rapprocher de la commode. Toujours est-il que cette façon de « mentir » nous paraît présenter une similitude à peu près complète avec celle que nous avons pu observer nous-même chez une fillette qui, elle, avait déjà un certain usage du langage, étant âgée de 19 mois: elle désirait se lever, alors que ses parents voulaient qu'elle restât encore un peu au lit, parce qu'il faisait froid. Après avoir patienté quelques instants, la fillette jeta exprès sa poupée par terre et dit : « Annie descendre, bébé par terre. » Dans un cas comme dans l'autre, l'enfant a créé par sa ruse, avec ou sans paroles, la *situation* qui l'arrangeait. Le mensonge, sous forme de ruse, apparaît donc très tôt chez l'enfant, et à un âge où on ne peut guère penser que la notion de vérité ait pour lui une signification bien nette. Le mensonge est pour lui simplement un moyen de *réaliser un désir*.

2) Ainsi, le mensonge et le langage ne nous apparaissent-ils pas comme indissolublement liés. Mais, laissons maintenant ce point, et demandons-nous si, lorsqu'un adulte utilise le langage pour mentir, cela signifie que son mensonge ait pour point de départ une *vérité* dont il aurait préalablement pris conscience, pour la nier ensuite. Pour répondre à cette question, il est utile de nous demander quelles peuvent être les diverses *fonctions* du langage. Or, on a souvent tendance à concevoir le langage comme un processus par lequel un sujet s'efforce de *décrire* à un autre les faits qu'il a pu observer ou éprouver, — et sans doute est-ce bien là le rôle du langage *scientifique* —, mais cela ne signifie pas que le langage ait toujours eu cette fonction, et il semble

(1) Cousinet. — Sur le mensonge chez les enfants. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1938, XXXV, p. 220-244.

bien au contraire, qu'à l'origine, le rôle essentiel du langage ait été de *donner des ordres,* et par conséquent de *produire des effets* et *non* de *décrire* des phénomènes. Ce caractère effecteur du langage se retrouve d'ailleurs dans *les formules magiques :* il n'est guère question en effet de savoir ce que les mots d'une formule magique décrivent, mais *l'effet* que l'on veut obtenir en prononçant la formule. Ce qui est vrai des formules magiques, à savoir leur caractère effecteur et non logique, se retrouve aussi, dans une certaine mesure, dans les injures : si je traite quelqu'un de chien, cela peut signifier, sans doute, que je reproche à mon interlocuteur de manquer de quelques qualités que l'on attend d'un homme, mais cela ne signifie pas que je l'assimile tout à fait dans mon esprit à un animal du genre canin ! La fonction de mon injure est essentiellement de dire quelque chose qui soit *désagréable* à l'adversaire, et je lui lance à la tête n'importe quelle injure, de même que je le frapperais avec le premier objet trouvé si je me battais avec lui pour de bon, et non seulement sur le plan du langage (1).

L'injure vise au premier chef à produire un effet : abattre l'adversaire, et non à énoncer une vérité. Et il est un fait qui vient confirmer cette proposition, c'est que les propagandistes n'hésitent pas, pour dépeindre leurs adversaires, à accoler les uns aux autres les termes les plus *contradictoires sur le plan logique,* pourvu que ces termes soient tous injurieux, à l'égard de l'out-groupe, et concrétisent le plus grand nombre possible des craintes éprouvées par les membres de l'in-group. Ainsi, la propagande nazie se plaisait-elle à caractériser les Juifs comme : « communistes, franc-maçons, ploutocrates et capitalistes » à la fois. Or, il nous semble que l'ensemble de ces faits éclaire d'un

(1) On peut, pour illustrer ce caractère non-descriptif des injures, rappeler le fait que prendre les injures à la lettre est un symptôme qui fait partie du tableau de la schizophrénie. C'est ainsi, qu'au cours d'une dispute, un sujet schizophrène, s'étant entendu traiter de « fumier », crut nécessaire de consulter son dictionnaire, pour s'y informer de la signification exacte du mot. Et, après avoir constaté que le fumier était « une matière propre à fertiliser les terres », il conclut qu'il n'était pas du fumier, et que son interlocuteur avait dû faire erreur !

(Nous ne pouvons affirmer l'authenticité de cette anecdote car elle a été racontée par un sujet lui-même interné pour schizophrénie, et nous ne savons pas si l'incident a réellement eu lieu ou non, mais elle n'en illustre pas moins bien ce que l'on pourrait appeler la signification « normale » de l'injure, par opposition à celle que lui donne le schizophrène. On pourra se reporter à cet égard à l'article du Dr Joseph Gabel : Symbolisme et schizophénie. *Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée,* 1948, VIII, 4, p. 268 à 286).

jour nouveau certains mensonges : le mensonge a d'abord pour but de produire un certain effet ; il s'agit de se défendre ou de contre-attaquer l'adversaire, et ce qu'on dit, vrai ou faux, importe peu, pourvu que cela atteigne l'adversaire. S'il en est ainsi, nous croyons qu'il est fort possible de mentir sans même avoir mentalement formulé la vérité dont le mensonge que l'on profère constitue la proposition contradictoire.

Nous résumerons en quelques mots ces considérations sur le langage et le mensonge en disant ceci : le mensonge en paroles doit être envisagé, selon nous, non pas comme le type du mensonge, mais comme un *cas particulier et dérivé* d'un réflexe de défense beaucoup plus général qui consiste purement et simplement à *se cacher*. Nous pensons qu'entre le simple fait de se cacher pour se soustraire à la vue d'un ennemi, et les mensonges conscients et élaborés d'un diplomate, il y a toute une gamme d'intermédiaires possibles, et que, le long de cette gamme, la notion de la vérité que l'on cache peut être, soit parfaitement distincte, comme c'est le cas dans les mensonges diplomatiques, soit inexistante, comme c'est le cas du simple fait de se cacher, qui n'implique à proprement parler ni vérité ni fausseté, soit enfin plus ou moins confuse, et c'est le cas, croyons-nous, d'un très grand nombre de mensonges.

Mais le caractère a-logique, ou même illogique que peut avoir le mensonge nous apparaîtra d'une manière plus évidente dans les cas-limites que constituent certaines *conduites pathologiques*. On connaît l'attitude des débiles mentaux qui se livrent à des mensonges incohérents et s'obstinent parfois à nier devant l'évidence même ; chez ces débiles, il semble bien que les notions de vérité et, en tout cas, de vraisemblance, existent à peine puisque, précisément, ils nient devant l'évidence même. Mais cette absence de cohérence mentale ne les empêche pas, ne l'oublions pas, de mentir, *c'est-à-dire* d'essayer de réaliser leurs désirs, en particulier de se disculper quand ils sont pris en faute. Nier un délit, contre l'évidence même, ce n'est peut-être pas à proprement parler dire le contraire de la vérité, c'est se conduire *comme si la vérité n'existait pas*.

Les conduites de dénégations ne s'observent pas seulement chez les débiles, et nous voudrions attirer maintenant l'attention sur le phénomène de *reniement de la maladie* que le Dr Aubin (1)

(1) H. Aubin. — Le mensonge-reniement chez les psychopathes, dans *Comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologues de langue française*, Marseille, 1948.

a étudié chez les psychopathes. Le Dr Aubin cite en particulier une mélancolique, Mme N., que l'un de ses amis, médecin, avait accueillie dans son propre foyer pour lui éviter l'hospitalisation. D'abord elle refusait, disant : « Je ne suis pas malade. » Mais elle ajoutait parfois : « Je ne veux pas qu'il me voie dans l'état où je suis », révélant ainsi son mensonge. Plus tard, elle se plaignait d'être retenue loin des siens sans raison, n'étant pas malade ; second reniement-mensonge, dit Aubin, car lorsqu'on lui proposait de la renvoyer chez elle, elle s'écriait : « Je ne veux pas y retourner avant d'être guérie. » Puis, se rendant compte de son état, elle suppliait qu'on la mette à l'hôpital. On finit par la mettre en clinique ; elle fit toutes sortes de difficultés pour y rester, disant qu'elle n'avait jamais voulu quitter le domicile de ses amis. Or, les affirmations successives de cette malade, qui sont rigoureusement contradictoires sur le plan logique, peuvent néanmoins se comprendre si on les considère du point de vue affectif : que la malade affirme sa maladie ou la nie, il s'agit en fait d'un même effort pour *écarter* la maladie. Mais tantôt la malade s'efforce d'écarter la maladie par des moyens rationnels : se faire soigner, tantôt par un moyen magique : nier la maladie, dans l'espoir à la fois de supprimer la maladie elle-même, et de ne pas être regardée par les autres comme une malade, c'est-à-dire un être déchu. Nous retrouvons ici sous une forme exaspérée le phénomène que nous avions constaté dans notre étude des motifs du mensonge, à savoir le *caractère ambivalent* du désir de cacher sa personnalité. La mélancolique du Dr Aubin veut bien avouer sa maladie, et même la proclamer, dans la mesure où elle veut être soignée, et soustraite à la vue de ses parents et connaissances, mais elle se refuse à reconnaître qu'elle est malade dans la mesure où le reconnaître signifie précisément à ses yeux être considérée et traitée comme un être définitivement déchu. Elle est donc déchirée entre deux désirs contradictoires : être soignée et cachée, parce qu'elle est malade, mais en même temps n'être regardée par personne comme malade. Ces deux désirs sont contradictoires, disons-nous, sur le plan de la réalité, mais *sur le plan de la réalité seulement*, car sur le plan affectif il s'agit bel et bien d'un seul et même désir : supprimer, effacer la maladie.

Le lecteur objectera peut-être que l'on ne peut pas à proprement parler appeler mensonge ces conduites de reniement que l'on observe chez les psychopathes, car, s'il fallait les considérer comme des mensonges, à ce compte tout délire serait aussi un mensonge, n'étant pas conforme à la vérité. Or, il convient que

nous précisions bien notre position à ce sujet : nous ne prétendons pas que les conduites pathologiques de dénégation soient des mensonges, mais nous pensons que bien des mensonges, sans être par eux-mêmes pathologiques, sont des sortes de dénégations magiques. En d'autres termes, nous n'assimilons pas la dénégation du psychopathe à un mensonge, mais nous ramenons, dans une certaine mesure, le mensonge à la dénégation magique, c'est-à-dire à une conduite de nature primitive, régie par le désir, et dans laquelle la notion de vérité est parfois à peine impliquée. Nous ne prétendons d'ailleurs pas que cela puisse constituer une explication *générale* du mensonge, nous cherchons seulement à nous expliquer par là pourquoi le mensonge est si fréquent, et nous croyons que cette fréquence s'explique en partie par le fait que les notions de vérité et de réalité n'ont encore, chez beaucoup de personnes, qu'un caractère confus, inachevé. Ainsi, le mensonge ne relèverait pas seulement de l'intention de tromper, mais d'une sorte d'*indifférence* à la vérité elle-même, et il nous semble que parmi les nombreux mensonges auxquels se livre quotidiennement l'humanité, il y a d'une part moins de conduites machiavéliques qu'on ne croirait au premier abord, mais en contre-partie, plus de conduites archaïques.

Et puisque nous venons de parler de conduite archaïque, il est peut-être utile de rappeler ici que la notion de vérité ne s'est pas construite en un jour, et que l'attitude qui consiste à considérer la vérité objective comme une *valeur* est une attitude relativement récente. La pensée humaine est, à l'origine, régie par le *désir,* et c'est peu à peu seulement qu'elle apprend à reconnaître l'importance de la *réalité,* au fur et à mesure qu'elle se heurte à elle. Si nous tirons les conséquences de ce fait en ce qui concerne le mensonge, il en résulte qu'un mensonge qui réussit n'est pas de prime abord regardé comme un mensonge, au sens où ce serait une non-vérité : dans la mesure où il réussit, le mensonge est pour le menteur une vérité, car il a *produit* quelque chose de réel, et surtout quelque chose conforme à son désir. Et, qui plus est, le mensonge qui réussit peut paraître une vérité aux yeux mêmes du sujet qui en est la victime, sous l'effet d'une sorte de suggestion.

Deux faits que nous emprunterons, l'un à la Psychologie de l'enfant, l'autre à la sociologie comparée, feront mieux saisir cette fragilité de la notion de vérité. En ce qui concerne l'enfant, rappelons que la distinction entre ce qui est vrai et ce qui est faux s'élabore en lui principalement à partir des dires des adultes, et en petite partie seulement à partir de ses expériences per-

sonnelles. Un enfant émet une affirmation, disant par exemple que les bateaux ont des jambes. Il ne sait pas par lui-même si cette affirmation est vraie ou fausse, mais il conclut à sa vérité ou à sa fausseté selon la réponse qu'il obtient de l'adulte : lui dit-on « oui », cela suffit pour qu'il pense avoir dit vrai. Et encore venons-nous de présenter les choses d'une manière trop théorique, comme si l'enfant était déjà en possession d'une notion de la vérité en général ; en fait, il serait plus exact de dire que le vrai, pour l'enfant, est la somme des affirmations auxquelles il s'est livré sans qu'un adulte lui dise « non ». Si l'on accepte cette manière de décrire le processus de formation de l'idée de vérité, on comprendra par là-même qu'un mensonge qui réussit a beaucoup de chances d'être perçu lui-même comme une sorte de vérité. Ainsi, la notion de vérité est-elle d'abord liée chez l'enfant aux *effets* que produisent sa pensée et sa parole, et en particulier à la réaction qu'elles provoquent de la part de l'adulte.

Mais cet état de confusion entre la pensée ou la parole et leurs effets n'est pas le propre de l'enfant : nous trouvons également cette confusion dans les sociétés peu évoluées. R. Thurnwald (1) note à juste titre que les notions de vrai et de faux se présentent d'abord sous la forme du succès et de l'échec, de la force et de la faiblesse, et il mentionne à cet égard une observation rapportée par Hocart : à Eddystone (Iles Salomon), quiconque obtient des succès à la pêche est considéré comme doué d'une force particulière que les indigènes expriment en pidgin-english par les mots « speak-true » ; et l'échec est désigné au contraire par le mot « Koha » qui signifie tromperie, mensonge. Thurnwald a fait lui-même des observations semblables aux Iles Salomon et en Nouvelle-Guinée : l'homme qui n'avait pas réussi à la chasse aux oiseaux était appelé menteur. Si nous trouvons ainsi la notion de mensonge confondue avec celle d'échec et la notion de vérité avec celle de succès, cela nous montre bien que le critère de la vérité a consisté d'abord pour l'esprit humain dans la conformité entre le *désir* et l'*effet* obtenu, alors que, pour la pensée scientifique ce critère réside dans l'accord entre l'*hypothèse* et les *observations* effectuées (2). La fragilité et la tardive

(1) R. Thurnwald. — *L'esprit humain*. Traduction française d'André Coeuroy, Payot, Paris, 1953, p. 21 à 24.

(2) On pourrait nous objecter ici que nous n'avons pas défini nous-même ce que nous entendions par vérité et qu'il conviendrait de le faire avant de traiter du mensonge, et l'on pourrait nous objecter plus particulièrement à propos des lignes qui précèdent le fait que, de nos jours même, l'école

acquisition de la notion de vérité nous aident donc à comprendre la fréquence du mensonge : si l'on ment pour un oui ou pour un non, c'est en partie parce que l'on pense à peine que la vérité soit chose importante ; on dit ce qu'on s'imagine qu'il faut dire pour produire tel ou tel effet, et l'on se fie à l'efficacité « magique » de son désir.

Quant au caractère irrationnel, et pour ainsi dire aveugle de certains mensonges, il s'explique à la fois par les deux aspects du mensonge sur lesquels nous avons insisté, à savoir : 1° que le mensonge constitue souvent une sorte de réflexe et non une opération logique ; 2° que ce réflexe est fréquemment de nature *défensive,* ainsi que nous l'ont montré les nombreux sujets qui, ne se sentant plus en sécurité, se sont mis à cacher leur personnalité. Or, les conduites de défense et la réaction à la douleur présentent précisément un caractère *indifférencié* que ne présentent pas aussi souvent les conduites d'approche. La réaction à la douleur est souvent aveugle : on s'écarte à tout prix d'un danger, pour tomber dans un autre, et les psychanalystes ont bien mis en lumière le caractère irrationnel des mesures de défense, même élaborées, qu'ils ont appelé les « mécanismes de défense ». Nous citerons, pour terminer, les déclarations de deux sujets de nos enquêtes, qui feront mieux saisir cet aspect indifférencié que prend parfois le mensonge. Rappelons d'abord le cas d'une jeune fille dont nous avons déjà parlé et qui, à un moment où elle se sentait incomprise, s'est mise à mentir « *à tout le monde* », par plaisir, pour ne pas me sentir découverte à l'intérieur. Une autre étudiante nous dit qu'à 18 ans, à la suite d'une grosse déception sentimentale, elle était très malheureuse et qu'elle mentait « systématiquement et constamment, mais sans aucun souci de raconter des mensonges qui aient l'air de ne pas en être, qui aient un lien quelconque entre eux ».

Nous voyons donc comment le mensonge sert, dans de tels cas, à brouiller les cartes à tout prix, et au plus grand mépris de la

pragmatiste caractérise l'idée « vraie » par son efficacité. Mais nous estimons qu'il y a une différence très nette entre le pragmatisme d'un Henri Poincaré et les formes de pensée « primitives » que nous venons de citer : dans ces formes primitives, avons-nous dit, le critère de la vérité — pour autant que l'on puisse ici parler de critère — réside dans la réalisation du *désir,* tandis que dans la doctrine pragmatiste, il s'agit de confronter des *observations ;* la vérité n'a donc pas dans le pragmatisme le caractère *affectif* qu'elle présente dans les conceptions citées ci-dessus. Nous ne pensons pas pouvoir développer davantage ce point, car il s'agit là d'un problème philosophique qui, malgré son intérêt primordial, sortirait du cadre de cet article.

logique, comme si tout valait mieux que laisser voir la vérité. Mais notons bien que la vérité n'est pas ici quelque chose de défini : la vérité, dans ces mensonges-là, c'est tout simplement le moi lui-même avec ses espoirs et ses *angoisses*, et son *incertitude* même à propos de lui-même.

Résumé

1) Nous nous étonnions de la fréquence du mensonge, et de son caractère parfois absurde. Nous avons considéré qu'il y a un grand nombre de mensonges qui ne posent pas de problème psychologique complexe : les mensonges conscients, à but utilitaire. Mais l'existence de ces mensonges ne nous a pas paru suffisante pour rendre compte de la fréquence du mensonge en général.

2) Nous avons procédé à des enquêtes pour découvrir d'autres motifs du mensonge, et il nous est apparu que souvent les gens ne mentent pas pour obtenir tel ou tel bénéfice précis, mais plutôt pour se mettre à l'abri, comme par instinct, de dangers qu'ils connaissent plus ou moins bien eux-mêmes.

3) Cet aspect défensif que peut revêtir le mensonge nous a paru particulièrement important, et nous a amené à mettre l'accent sur le *conflit* qui est à l'origine du mensonge, plutôt que sur l'opération de nature logique que paraît impliquer le fait de nier la vérité.

4) Quelques réflexions sur la fréquence de l'erreur en matière de témoignages, sur le rôle effecteur du langage par opposition à son rôle descriptif, sur les processus de négation de la réalité chez certains psychopathes, et, d'une manière plus générale, sur l'élaboration de la notion de vérité, nous ont montré que cette notion est le fruit d'une lente acquisition, qu'elle reste fragile et qu'elle n'occupe, dans bien des esprits, qu'une place secondaire. D'où la fréquence du mensonge et le caractère irrationnel de certains mensonges.

5) A la lumière de ces diverses constatations, le mensonge apparaît, dans nombre de cas, comme une conduite archaïque, en ce sens qu'il est régi par le désir et la croyance magique à l'efficacité du désir. En revanche, la véracité apparaît comme une conduite difficile, conditionnée à la fois par la *lente acquisition de l'objectivité*, et par la satisfaction des besoins de *sécurité affective* et sociale.

MENTALITE PROJECTIVE ET EPILEPTO-SENSORIALITE PSYCHOPATHOLOGIE DE L'EPILEPSIE DE H. WALLON ET F. MINKOWSKA

PAR

Mme Z. HELMAN (*)

Dans sa conférence sur *La mentalité épileptique,* faite à la Faculté de Médecine de Paris en 1925, qui devait paraître par la suite dans le « Journal de Psycholgie » (t. XXII, 1925), H. Wallon citait F. Minkowska, qu'il ne connaissait pas encore personnellement. Celle-ci se trouvait parmi les auditeurs. C'est à cette occasion qu'ils firent connaissance.

Les études généalogiques de F. Minkowska, entreprises en 1912, sont partiellement publiées dans des mémoires à partir de 1920. Elle paraîtront sous leur forme complète en 1937 dans : *Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang, mit besonderer Beruchsichtigung der epileptoiden Konstitution und der epileptischen Struktur.* Son premier travail sur le peintre épileptique Van Gogh paraîtra en 1933 : *Van Gogh. Les relations entre sa vie, sa maladie et son œuvre* (« Evolution Psychiatrique », 1933, fasc. 5). L'analyse de cette peinture sera reprise en comparaison avec des dessins d'enfants dans : *De Van Gogh et Seurat aux dessins d'enfants* (1949). Le premier exposé du Rorschach dans l'épilepsie sera fait dans : *L'épilepsie essentielle, sa psychopathologie et le test de Rorschach* (« Annales médico-psychologiques », 1946, n° 4) (1). Au même sujet seront consacrées certaines des pages

(*) Docteur ès lettres, chargée de recherches au C.N.R.S., 8, rue Cochin, Paris (3e).

(1) Reproduit dans F. Minkowska : *Le Rorschach,* éd. Desclée de Brouwer, 1956, pp. 105-134.

les plus marquantes de sa dernière publication : *Le Rorschach, son aspect clinique, formel, humain* (« Annales médico-psychologiques », juillet 1950) (2).

La même année que *La Mentalité épileptique*, paraît *L'enfant turbulent*, qui représente les résultats de travaux commencés une vingtaine d'années auparavant et où H. Wallon expose, d'une façon étendue, sa psychopathologie de l'épilepsie en relation avec la psychologie de l'enfant. Il traitera plus particulièrement de l'application des mêmes notions à la typologie dans *La caractériologie* (« Encyclopédie française », t. VIII, 1938). Diverses références à la mentalité projective parsèmeront ses écrits, telle que celle se rapportant au problème de l'évolution de la personnalité traité dans l'article récemment paru : *Niveaux et fluctuations du moi* (« Evolution psychiatrique », janvier-mars 1956) (3).

Deux recherches creusant chacune sa propre voie et, malgré les différences, se rencontrant sur des points essentiels.

En poursuivant un travail dans lequel j'appliquais le Rorschach selon la méthode de F. Minkowska à des enfants dont une grande partie étaient examinés cliniquement par H. Wallon, j'ai été amenée à confronter longuement leurs conceptions, aussi bien théoriquement que pratiquement. En même temps, en cherchant à mettre en rapport avec l'électroencéphalographie des données psychologiques, pour lesquelles la psychopathologie de l'épilepsie de F. Minkowska et celle de H. Wallon me servaient de fil conducteur, ces conceptions me sont apparues comme pouvant former par leur convergence un des foyers les mieux nourris pour la psychologie actuelle.

A travers le dédale d'investigations que constituent jusqu'ici les différentes études sur l'épilepsie, ces conceptions permettent de dégager certaines voies, lesquelles d'ailleurs, en partant des aspects psychiques les plus saillants de la maladie, mènent bien au-delà de ses frontières.

La psychopathologie de l'épilepsie forme dans l'œuvre de H. WALLON l'un des chaînons marquants où se croisent la clinique psychiatrique et les investigations psychogénétiques.

(2) Reproduit dans *Le Rorschach*, 1956, pp. 209-245.

(3) Volume de l'*Evolution psychiatrique*, en hommage à E. Minkowski.

En observant des enfants et ensuite des adultes épileptiques, Wallon cherche la base de cette psychopathologie dans la notion d'une prévalence des fonctions de réalisation ou de projection sur la vie mentale ; d'où le nom de projectif ou moteur donné au type décrit.

Les ruptures de conscience « consistent dans les décharges toujours imminentes d'une hypertension motrice », qui « traduit alors l'éréthisme latent, où l'hypertrophie, l'émancipation des fonctions projectives tiennent tout le système moteur » (4). La crise épileptique offre le spectacle d'une motricité incontrôlée qui accompagne l'abolition de la conscience ; lorsque la crise prend fin, les gestes ébauchés et les mots prononcés avant les manifestations de connaissance représentent « le mouvement qui prélude au rétablissement de la conscience » (5). Sous l'emprise du mouvement, la conscience s'obscurcit ; mais c'est aussi avec son aide, à travers lui, qu'elle arrive à se manifester à nouveau.

« L'état de conscience a pour condition l'état moteur » (6) ; « il est indispensable à la conscience d'avoir l'appareil moteur à son entière et continuelle disposition » (7). Dans la motilité intentionnelle, c'est le « pôle où l'acte prend sa formule motrice » (8) qui domine. L'importance pour la vie mentale de « l'effort psycho-moteur, de ses réalisations, de ses schèmes » apparaît ici au premier plan ; « à leur défaut, s'abolit l'intuition combinée des choses et de soi-même » (9).

Inséparable de sa réalisation motrice, dépendante du geste, imprégnée de l'effort fait vers les choses, la pensée adhère au concret. Elle est inapte à se représenter le virtuel et à manier les symboles. Ne pouvant se détacher du concret, l'épileptique suit « termé à terme » « la chaîne des images successives » (10) liées aux situations vécues ; d'où les récits détaillés, l'abondance des indications de lieu. « Il déroule... les films de sa mémoire » (11), énumère ses connaissances, ne réalise ses pensées qu'une à une et, faute d'en saisir l'orientation générale, se perd en digressions enchevêtrées. Il adhère au thème idéo-moteur une

(4) *L'enfant turbulent*, p. 145.
(5) La mentalité épileptique. *J. Ps.*, XXII, p. 508.
(6) *L'enfant turbulent*, p. 143.
(7) *Ibid.*, p. 144.
(8) *Ibid.*, p. 143.
(9) *Ibid.*, p. 312.
(10) *L'enfant turbulent*, p. 157.
(11) *Ibid.*, p. 158.

fois formé, reprend au même endroit le récit qui a été interrompu, répète les mêmes réactions après des jours d'intervalle. Cet esprit, qui survole difficilement les situations particulières et les contenus immédiats de ses représentations, se montre lent, lourd, persévérateur.

La persévération, caractéristique pour l'épilepsie, est nettement distinguée de la stéréotypie ; entre les deux il y a opposition. Les actes stéréotypés « s'isolent de l'activité globale et n'ont plus de raison d'être qu'en eux-mêmes..., ils dissocient l'activité », tandis que l'épileptique se met « totalement dans chacun de ses actes » (12) et que la persévération constitue pour son esprit attaché aux circonstances concrètes et inapte aux démarches elliptiques « un acte de perception » (13).

Cette pensée, dépendante des réalisations motrices, est incapable de s'abstraire du monde ambiant. Le sujet ne connaît l'objet qu'à travers sa propre action et ne peut se l'opposer distinctement. « Chaque fois en effet que la perception doit surtout résulter de réactions motrices et posturales, l'impression subjective d'effort rend à peu près indissoluble l'union du moi à la chose. » (14). Cette perception est toute différente de celle d'un sujet spectateur, considérant objectivement les choses, détachées de lui grâce à l'intervention d'une représentation symbolique qui élimine le sentiment d'action personnelle. Les sensations visuelles, qui n'entraînent pas comme la sensibilité posturale et motrice les notions de résistance et d'obstacle, sont aussi beaucoup plus propices à la rationalisation de la perception.

Le même manque des distinctions caractérise, dans la mentalité projective, la formation de la personnalité : difficulté d'une représentation virtuelle du moi, détachée des réactions particulières (ce qui se relie à une notion confuse du temps), et d'une séparation nette d'avec autrui, tendance à vivre ses rapports avec l'entourage sous forme de « participation » (15). C'est sous l'angle de cette insuffisance des distinctions qu'il faut envisager l'impulsivité et l'égocentrisme de l'épileptique, qui « ne ramène tout à son moi qu'en le mêlant à tout » (16).

La conscience est subordonnée aussi bien au geste de l'acte

(12) *Ibid.*, p. 156.
(13) *Ibid.*, p. 144.
(14) *L'enfant turbulent*, p. 146.
(15) Niveaux et fluctuations du moi. *Evolution psychiatrique*, janvier-mars 1956, p. 391.
(16) *L'enfant turbulent*, p. 141.

idéo-moteur qu'aux fonctions d'expression. L'étude du langage prend pour cette pensée, sous la dépendance immédiate de sa formulation verbale et de la présence d'autrui, un intérêt particulier. « Les traits de la mentalité épileptique sont au plus net et au plus complet dans le langage, car son rapport avec elle est direct. » (17). On peut voir comment la pensée s'exprime avec effort à travers une profusion de paroles entremêlées à des gestes, sur un ton insistant, avec une mimique outrancière. Dans la synergie verbo-motrice qui caractérise cette « logorrhée... pénible », le geste et le mot jouent tous les deux le rôle d'intermédiaires immédiatement indispensables à la pensée. L'action de mimer actualise la pensée et le geste qui s'accroche à l'interlocuteur témoigne du besoin de cette présence. L'expression verbale reste amalgamée aux actions et situations particulières ; l'explication et la définition sont ramenées à la description détaillée et au récit. Les sentences sont volontiers employées ; elles permettent d'atteindre une certaine généralité par un emprunt à la pensée collective. L'épileptique paraît « chaque fois chercher péniblement sa formule qui est la condition de l'idée. Une fois trouvée, elle accapare et retient l'esprit comme une découverte qui le révélerait à lui-même. Elle est habituellement répétée » (18). A travers ces répétitions, c'est-à-dire les persévérations verbales, la pensée se cherche. Le langage de l'épileptique est l' « élaboration dynamique » (19), à travers le mot et le geste qui l'accompagne, d'une pensée qui « se meut exclusivement dans l'action et le concret » (20). « La fonction verbale montre... qu'il n'y a chez l'épileptique de pensée possible que se projetant dans le langage, mais aussi combien leur étroite combinaison le rend incertain, pénible, impropre à des fins abstraites. » (21). Le langage est ici « un moyen de concrétisation mentale..., l'espèce de connexion substantielle qu'opère le mot en fait chaque fois une sorte de participation actuelle à la chose exprimée plutôt qu'un symbole. Il paraît plus fonction d'une situation que d'un vocabulaire » (22).

L'épileptique s'oppose au schizophrène, car « l'entrée en contact avec le réel est bien la loi de sa conscience » (23). La

(17) *Ibid.*, p. 147.
(18) La mentalité épileptique. *J. Ps.*, XXII, p. 510.
(19) *L'enfant turbulent*, p. 154.
(20) *Ibid.*, p. 152.
(21) *L'enfant turbulent*, p. 151.
(22) *Ibid.*, p. 154.
(23) La mentalité épileptique. *J. Ps.*, XXII, p. 509.

manière dont s'opère ce contact le distingue aussi du maniaque ; contrairement à la labilité, à la facilité d'exécution et d'extériorisation, au jeu des associations plus ou moins élémentaires entre impressions reçues et réactions motrices, l'ajustement au réel comporte chez l'épileptique de l'effort et de la concentration. Cet ajustement n'a pas à faire usage simplement d'activités automatiques toutes prêtes ; la part de l'activité intentionnelle est ici très importante. C'est le rôle dominant des fonctions projectives qui oppose l'épileptique à divers types rencontrés chez les malades, — l'oligophrène, le dément, le maniaque — : « Ils assistent et il agit. » (24).

Le tableau de la mentalité projective ressort des caractères psychiques les plus marquants qui accompagnent l'épilepsie. Il ne se présente pas avec le même relief chez tous les épileptiques ; des traits communs à tous resteraient vagues ; l'influence de l'épilepsie sur la vie mentale n'atteint pas toujours le même degré. D'ailleurs, la mentalité projective se manifeste dans l'épilepsie d'une façon élective, mais pas exclusive. « Ce type de complexion psycho-motrice n'est pas essentiellement pathologique ; une fois défini, il peut être retrouvé, à degrés plus ou moins atténués, chez des sujets dont l'activité est apparemment normale. » (25).

La présence de la mentalité projective chez des individus n'ayant jamais présenté d'accidents comitiaux « ferait supposer qu'à l'épilepsie répond une certaine constitution neuro-biologique pouvant éventuellement jouer le rôle de prédisposition morbide » (26). Tout en se gardant, en l'absence d'une enquête généalogique approfondie, de trancher le problème de l'épilepsie essentielle, Wallon note, dans son expérience clinique, le tableau souvent très net de la mentalité projective chez des ascendants d'épileptiques.

Dans l'observation clinique sur le terrain psychologique, en dehors de tout accident comitial, l'enfant du type « épileptoïde » se caractérise par des traits d'adhésivité et d'impulsivité, par son incapacité à se détacher du concret, sa tendance à raconter le vécu dans le menu détail, à commenter ses actes durant leur exécution, à faire volontiers appel aux sentences morales, à montrer des persévérations. Chez l'adulte normal, l'épileptoïdie n'exclut pas un niveau intellectuel élevé et « peut alors avoir

(24) *L'enfant turbulent*, p. 146.
(25) *L'enfant turbulent*, p. 133.
(26) La mentalité épileptique. *J. Ps.*, XXII, p. 504.

pour conséquence une grande puissance d'organisation et de réalisation, mais à objectif habituellement limité ou du moins très graduellement progressif » (27).

Ce qui présente une grande importance pour l'étude psychogénétique des fonctions et de la conscience, c'est le fait que la mentalité projective caractérise aussi un stade de l'évolution de l'enfant. C'est celui où dominent les acquisitions concernant les fonctions motrices et le langage, celui qui préside à l'avènement de la motilité intentionnelle. On peut en situer le point culminant dans la deuxième année, sans lui fixer des limites strictes. De façon générale, les stades au développement psycho-moteur de l'enfant ne sont pas conçus comme se remplaçant l'un l'autre à des moments fixes de façon globale ; les chevauchements, les intrications empêchent même qu'on les distingue clairement chez l'enfant normal. Des variations individuelles interviennent aussi quant à l'importance plus ou moins grande d'un stade déterminé. Chaque stade représente en même temps un type de comportement et une étape de l'évolution mentale, dont les caractéristiques l'opposent pour une bonne part à la suivante. Succédant aux stades impulsif, émotif et sensitivo-moteur, le stade projectif se situe entre les étapes subjectives de la conscience et celle où se développera la pensée abstraite. Il répond à l'étape « purement concrète » qui précède celle où l'activité représentative pourra « se substituer au contact constant du réel » (28). Dans l'évolution de l'individu, c'est à un moment où la pensée est encore soumise au geste et adhère au concret, où le présent psychomoteur absorbe la conscience sans laisser de place au virtuel, où le moi se distingue mal d'autrui et des choses, que se remarquent plus particulièrement l'impulsivité et l'égocentrisme, la persévération motrice et mentale, l'inaptitude à la pensée symbolique.

Le passage suivant, extrait de *La caractériologie* (29), offre un résumé de cette psychopathologie de l'épilepsie : « Le propre de la maladie n'étant pas évidemment de créer des traits nouveaux, mais de les présenter hors de proportion avec l'ensemble, soit par grossissement, soit par isolement, il est assez naturel que la première description en soit faite à propos de cas pathologiques, mais qu'ils soient ensuite reconnus chez des sujets normaux. C'est ainsi que, nous étant attaché à découvrir, sous le langage, les gestes, le comportement d'enfants épileptiques, puis

(27) La caractériologie. Les épileptoïdes. *Encycl. fr.*, 8, 10, 9.
(28) *L'enfant turbulent*, p. 312.
(29) Les épileptoïdes. *Encycl. fr.*, 8, 10, 9.

d'épileptiques adultes, quelle est leur façon de penser, d'entrer en contact avec les idées, les situations ou les choses, nous avons vu qu'elle est aux antipodes de la pensée symbolique et elliptique : pour entrer en possession de son sujet, elle doit s'en donner comme une représentation motrice et verbale ; elle le perçoit et le conçoit, seulement dans la mesure où elle le fait passer dans les appareils de réalisation ou de projection ; aussi ne peut-elle s'en détacher à moins d'en avoir épuisé toutes les circonstances. De là des énumérations, des digressions, cette adhérence exclusive à l'objet actuel de la représentation ou de l'idéation, cette viscosité mentale qui est si apparente chez les épileptiques. Cette forme de pensée, en quelque sorte indivise avec l'action, que nous avons appelée projective, nous l'avons retrouvée, non seulement à un certain stade du développement intellectuel de l'enfant, mais aussi chez des adultes normaux. »

La notion de mentalité projective s'étend de l'épilepsie à la psychologie de l'enfant et à la typologie.

Dans l'œuvre de F. MINKOWSKA, l'étude de l'épilepsie occupe le premier plan ; à travers une documentation fouillée amassée sur différents terrains, elle est continuellement reprise et enrichie. Elle est menée parallèlement à des investigations sur la schizophrénie, celles-ci inspirées par les conceptions de Bleuler sur la dissociation (« Spaltung ») et de E. Minkowski sur la perte de contact vital avec la réalité. Les caractéristiques de l'épilepsie sont accentuées par le contraste qu'elles forment avec celles de la schizophrénie.

Les études généalogiques portent sur l'ascendance d'un frère et d'une sœur atteints de psychose schizophrénique à évolution périodique, dont la mère était épileptique. Elles aboutissent aux arbres généalogiques de deux familles suisses d'origine paysanne, qui remontent, à travers six générations, jusqu'à la moitié du XVIII^e siècle et comportent 1.050 individus. On relève des cas de schizophrénie dans la branche F, qui a pour ancêtre un aliéné, et des cas d'épilepsie dans la branche B, dont l'ancêtre est épileptique. Les résultats les plus marquants concernent les données psychologiques qui établissent une parenté entre les sujets malades et normaux d'une même lignée. Cette « enquête a fait ressortir un fait très important : l'existence, dans une famille où se trouvent des cas d'épilepsie, d'individus qui, sans présenter le moindre trouble clinique, se signalent par un caractère particu-

lier. Ce caractère forme probablement la véritable base sur laquelle viennent éclore les manifestations de l'épilepsie essentielle. Il est ainsi probablement l'expression d'une constitution biologique particulière qui crée, de son côté, une prédisposition spéciale aux accidents convulsifs » (30). F. Minkowska appelle cette constitution « épileptoïde » ou « glischroïde » (du mot grec « glischros », qui signifie « visqueux ») ; son tableau s'oppose à celui de la constitution « schizoïde » qui domine dans la branche F. Contrairement à l'éloignement du schizoïde, l'affectivité de l'épileptoïde est « concentrée, condensée, visqueuse » ; elle « adhère aux objets de l'ambiance et ne s'en détache pas aussi facilement que l'exigent les variations du milieu » (31). F. Minkowska compare l'épileptoïdie à la schizoïdie et à la syntonie, en citant ces mots de Bleuler : « Le schizoïde se détache trop de l'ambiance, le syntone le fait d'une façon suffisante, l'épileptoïde ne le fait pas assez. » (32). A l'opposé de la dispersion des membres de la branche schizoïde, due à leur tendance à s'isoler, à chercher avant tout à affirmer leur moi, « le facteur personnel reste à l'arrière-plan » (33) chez les épileptoïdes ; ceux-ci « ne sortent pas de leur cadre, ils se concentrent autour de leur famille, de leur profession, de leur sol natal » (34). « Dans leurs rapports avec leurs semblables, la note individuelle fait défaut » (35) ; ils s'attardent davantage aux groupements qu'aux personnes isolées et se sentent attirés par des idées à teinte sentimentale, morales et mystiques. Intellectuellement, l'épileptoïde est un ralenti, qui s'attarde minutieusement aux détails et perd de vue l'ensemble.

« En s'exagérant, ces traits de caractère aboutissent à la bradypsychie morbide (Ducosté), ainsi qu'à l'affectivité doucereuse et collante et enfin à l'égocentrisme (là où l'affectivité se concentre sur la propre personne de l'individu comme sur l'objet le plus proche et demandant le moindre effort d'adaptation) ; ils ne sont pourtant jamais des égoïstes à proprement parler. » (36).

La progression de ce ralentissement visqueux mène à une

(30) Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères, en particulier à celui de l'épileptoïdie. *Annales médico-psychologiques*, 1923, t. II, p. 164.
(31) *Ibid.*, p. 164.
(32) *Ibid.*, p. 162.
(33) Rech. généal. et problèmes touchant aux caractères. *Annales médico-psychologiques*, 1923, t. II, p. 159.
(34) *Ibid.*, p. 160.
(35) *Ibid.*, p. 165.
(36) *Ibid.*, p. 165.

« stase ; celle-ci crée pour l'individu une atmosphère irrespirable, orageuse et chargée d'électricité. Ce sont ensuite le tonnerre et les éclairs. La stase provoque des décharges explosives devant lesquelles l'individu reste impuissant ; elles l'envahissent tout entier de façon subite et brutale, provoquent l'obnubilation de la conscience et se distinguent par la soudaineté et la violence ; les ralentis deviennent des excités » (37) ; c'est le moment des colères violentes et des crises. Dans les états crépusculaires, le sujet obnubilé est en proie à des visions angoissantes qui « paraissent monter des couches les plus profondes et les moins personnelles du psychisme humain » (38). Face au comportement habituel de l'épileptique, où « tout est petit et lent », son délire représente « un dynamisme déchaîné », « le remplacement du petit moi par l'univers entier » (39). « Si la schizophrénie est caractérisée par la perte de contact vital avec la réalité et par la dissociation, ce qui confère un caractère spécial au délire épileptique, c'est comme une sorte d'agglutination qui n'est qu'un échelon de plus de la viscosité des épileptoïdes. » (40).

Chez l'épileptoïde, comme chez l'épileptique, la personnalité glischroïde se caractérise ainsi par deux pôles : adhésif et explosif. Les manifestations de ce dernier semblent être plutôt une conséquence de la viscosité mentale, considérée comme le trait fondamental.

Dans la vie de Van Gogh, où s'exprime le besoin d'un contact affectif très proche et où font irruption des actes d'une violence tragique, on retrouve la même bipolarité adhésivité-explosivité. Une étude de son œuvre, visant à en déterminer la structure, fait ressortir un caractère fondamental de cette peinture, le phénomène de « la montée et de la descente », de l' « élévation et de la chute ». La ligne qui monte et qui descend, qui serpente et qui tourne en tourbillons, de même que les traits lancés en « hachure » (41), appartiennent à une expression plastique où l'impulsion motrice joue un rôle dominant. Cette vision du monde est dynamique, sentie et concrète. Aux moments où la maladie s'aggrave, « la couleur atteint une *intensité* inouïe, le mouvement est *déchaîné*, les formes s'enchevêtrent de plus en plus jusqu'à disparaître entièrement dans cet enchevêtre-

(37) *Ibid.*, p. 165-166.
(38) *De Seurat et Van Gogh aux dessins d'enfants*, p. 21.
(39) *Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang*, chap. VII.
(40) *De Seurat et Van Gogh aux dessins d'enfants*, p. 21.
(41) Terme emprunté par M. Minkowska à G. Coquiot.

ment » (42). Ces caractéristiques de l'artiste épileptique ressortent avec force lorsqu'on les compare à l'œuvre pensée, aux formes précises et statiques, du peintre schizoïde Seurat.

La viscosité et l'explosivité, la vision concrète, ressortent aussi des données du Rorschach appliqué dans le domaine de l'épilepsie. Devant les taches d'encre qu'il doit interpréter, l'épileptique voit et sent plus qu'il ne pense et définit. Il adhère aux planches et mime ; le toucher et le geste participent aux réponses et celles-ci se réfèrent souvent à des images vues en mouvement. Il réagit au climat particulier de chaque planche et à la charge affective des couleurs. La précision des formes s'estompe devant une tendance à réunir des parties distinctes de la planche, devant le « besoin d'établir un lien partout doublé de l'incapacité de s'arrêter à une forme isolée » (43). Tandis que « les tests des schizophrènes fourmillent d'expressions telles que " coupé en deux, partagé en deux, divisé, dissous, rongé, déchiqueté, une tête, un cou détachés " », « chez les épileptiques... dominent des expressions telles que " attaché, rattaché, relié, rapproché, soudé, scellé " » (44). Le langage des protocoles d'épileptiques exprime le lien et l'action, il a un caractère concret et imagé. En s'inspirant des analyses phénoménologiques de E. Minkowski sur la signification métaphorique du langage, F. Minkowska met en valeur toute l'importance des expressions de lumière, de chaleur, de profondeur, de jaillissement, d'élévation et de chute qui se font jour dans le Rorschach de l'épileptique. Elles accompagnent une « vision en images », qui peut être riche chez l'épileptique, si malhabile sur le terrain de la pensée abstraite. L'adhérence à l'image donne lieu aux persévérations ; celles-ci sont d'une tout autre nature que les répétitions uniformes du schizophrène, indifférent et insensible devant la variété des planches.

Le Rorschach de l'épileptoïde ressemble à celui de l'épileptique. Les deux mettent en lumière, dans le mode de vision, le comportement et le langage, des formes mentales propres au type épilepto-sensoriel. Cet ensemble épilepto-sensoriel s'oppose au tableau schizo-rationnel du Rorschach, caractérisé par le mécanisme essentiel de la coupure, la dominance de la forme sur la couleur et le mouvement, la tendance à l'abstraction, l'éloignement et l'immobilité.

(42) Le Rorschach. *Annales médico-psychologiques,* juillet 1950, p. 162.

(43) L'épilepsie essentielle, sa psychopathologie et le test de Rorschach. *Le Rorschach,* pp. 113-114.

(44) L'épilepsie essentielle, sa psychopathologie et le test de Rorschach. *Le Rorschach,* p. 132.

En partant de l'épilepsie et en lui opposant la schizophrénie, F. Minkowska aboutit à de nouveaux critères typologiques, par lesquels elle remplace ceux d'introversion et extratension que Rorschach avait employés dans son test. Les tableaux typiques ne sont pas conçus comme le résultat de moyennes statistiques. Dans leur élaboration, certaines observations particulières jouent un rôle privilégié. Le mécanisme essentiel du lien, qui s'exprime plus particulièrement par les verbes réunissant un détail de la planche à un autre, est découvert à partir du test d'une malade dont le traitement barbiturique venait d'être accidentellement suspendu ; ce test était pris en 1940, après de nombreux examens pratiqués durant deux ans sur des épileptiques soumis à un emploi prolongé et intensif de gardénal, ce qui constituait des conditions peu favorables à « la recherche des traits saillants » (45).

Dans les dessins d'enfants qui sont, soit des caractériels épileptoïdes, soit des sujets normaux se situant en prolongement de cette lignée et appelés « sensoriels », on trouve des traits analogues à ceux qui caractérisent le type correspondant dans le Rorschach. Le mouvement et la couleur rendent les formes vivantes et chargées d'affectivité. Les objets représentés entrent en contact les uns avec les autres, se touchent, sont entourés, baignent dans un climat. L'expression est directe, plus proche de la métaphore que du symbole. Au pôle opposé, chez les enfants « schizoïdes » et « rationnels », la précision des formes l'emporte sur le mouvement, les objets tendent à s'isoler et parfois se morcellent.

Les notions typologiques issues de recherches généalogiques en rapport avec l'épilepsie, approfondies par l'emploi du Rorschach joint à une analyse du langage et par une étude de l'expression plastique, pénètrent dans la psychologie de l'enfant.

Le mouvement, le concret, l'adhérence à l'objet immédiat de la représentation et à la situation vécue caractérisent de façon fondamentale le type mental qui se dégage des conceptions psychopathologiques de l'épilepsie de H. WALLON et de F. MINKOWSKA. Sur cette base, on comprend la liaison entre le moi et les choses, entre le moi et les autres. L'inaptitude aux distinctions précises et à la schématisation, vers lesquelles tend une pensée

(45) L'épilepsie essentielle, sa psychopathologie et le test de Rorschach. *Le Rorschach*, p. 111.

abstraite, découle de cet ensemble. Dans ce cadre, la persévération apparaît avec ses caractères, propres à un comportement à la fois actif et grégaire, qui la distinguent profondément de la stéréotypie.

Cette entrée en contact avec le réel, adhésive et foncièrement dynamique, a pour fondement, selon Wallon, la prééminence des fonctions motrices. F. Minkowska prend comme base, dans ses études généalogiques, la viscosité mentale. Dans le Rorschach tel qu'on le pratique avec sa méthode, on pourrait se demander si c'est le lien ou l'expression du mouvement qui se trouve au premier plan ; ce qui apparaît en tout cas, ce sont les rapports intimes entre ces deux facteurs dominant une même structure mentale.

Les dénominations par lesquelles chacun des deux auteurs désigne le type étudié, « sensoriel » chez F. Minkowska et « moteur » chez H. Wallon, pourraient faire croire à une opposition quant à la prévalence que l'un accorderait aux fonctions réceptrices et l'autre aux fonctions effectrices. En réalité, lorsque F. Minkowska parle du « sensoriel », elle ne se réfère pas à la sensation, élément récepteur, mais essaye de qualifier des aspects globaux de la vision et du comportement qui s'opposent au type « rationnel », c'est-à-dire aux tendances vers l'abstraction et vers l'éloignement d'un contact étroit avec les choses ; dans ce contact étroit, direct, le sujet agit et ressent le monde en mouvement.

Les deux conceptions psychopathologiques s'attachent à dégager un ensemble de caractères psychiques primaires, qui sont en rapport avec les mécanismes somatiques de l'épilepsie. Ces caractères primaires sont-ils inscrits dans la constitution de l'individu ? Des différences entre les deux auteurs interviennent ici. En partant de ses recherches généalogiques, F. Minkowska insiste sur une théorie des constitutions, où la glischroïdie qu'elle décrit se place face à la schizoïdie et la cycloïdie découlant des travaux de Bleuler et de Kretschmer ; elle oppose surtout continuellement les constitutions épileptoïde et schizoïde. En se référant à une expérience purement clinique, Wallon accorde un rôle à l'hérédité. Il n'adopte pas l'opinion qui tend à attribuer à toute manifestation comitiale une origine lésionnelle. Mais il ne voit pas dans la séparation entre une épilepsie essentielle et une autre secondaire la condition indispensable à l'établissement d'un type psycho-moteur en rapport avec la maladie. Tout en accordant de l'importance au terrain, Wallon formule des réser-

ves sur la notion de constitution. Elle lui semble substantialiser des mécanismes, laisser trop peu de place aux influences du milieu, apporter un cadre trop statique à l'évolution neurophysiologique et psychique de l'individu.

Le point de vue génétique domine l'œuvre de Wallon, le typologique celle de F. Minkowska. Devant le titre d'un ouvrage de Wallon : « De l'acte *à* la pensée », F. Minkowska ripostait : « L'acte *et* la pensée ». Perspective évolutionniste et méthode dialectique orientent de façon prépondérante la pensée de l'un ; recherche de principes formels et analyse phénoménologique, celle de l'autre.

Lorsque F. Minkowska aborde la psychologie de l'enfant, c'est surtout pour y mettre en valeur les différences typologiques. La recherche systématique de rapports entre la psychopathologie de l'épilepsie et l'étude de l'évolution psychomotrice de l'enfant, telle qu'elle est au premier plan poursuivie par Wallon, reste étrangère à ses préoccupations majeures. Il est intéressant cependant de relever chez elle des remarques faites spontanément, en dehors d'une conception théorique générale sur le sujet, qui comparent la vision du « sensoriel » à celle de l'enfant.

Derrière la convergence des conceptions sur l'épilepsie, élaborées dans des œuvres parties d'horizons différents, nous voyons surtout le sens clinique des deux chercheurs, pénétrés par l'exigence d'un « continuel retour à l'objet » (Wallon), d'un « contact direct avec les choses » (F. Minkowska citant Van Gogh). La convergence qui se dégage des principales conclusions théoriques, on la trouve jusque dans le détail des observations. Ainsi, tout en envisageant le langage sous un angle différent, les deux observateurs notent chez l'épileptique et l'épileptoïde : son accompagnement par l'acte qui mime et par le geste qui accroche l'interlocuteur, ses tournures sentencieuses, sa lourdeur dans les constructions abstraites, ses persévérations. L'esprit clinique anime les différents instruments d'étude, l'examen clinique comme les autres. La place occupée par les entretiens, les contacts avec les membres des familles qu'elle étudiait, imprime son cachet particulier à l'enquête généalogique de F. Minkowska. Le Rorschach, où les modifications introduites répondent à des préoccupations de la clinique psychiatrique, où la prise du protocole prend le pas sur le calcul des facteurs et où l'observation du comportement est mise en relief, devient ici une méthode profondément différente d'autres façons, très courantes, d'appliquer ce « test ».

La convergence, et aussi la richesse des données, nous les devons à ce mode d'observation qui se situe si loin des accumulations mécaniques de constatations, superficielles et stériles sous leur apparente objectivité. Pour cette méthode clinique, « des collections indéfinies de faits peuvent ne pas valoir un fait unique mais significatif » (46), et le cas typique — celui où « tout se tient », où « tous les symptômes se placent d'eux-mêmes sous le même indice » (47) — prend une place privilégiée.

Il ne s'agit pas de séparer les données d'observation du système de pensée propre à chacun des deux auteurs. Ce système a été pour chacun une puissante source d'inspiration. La diversité des instruments de travail a, elle aussi, joué son rôle. La confrontation, dans une perspective évolutionniste, de la psychopathologie avec la psychologie génétique permet à Wallon d'établir une parenté entre la mentalité épileptique et un stade de l'évolution psycho-motrice de l'enfant, entre un type mental et une étape de la conscience ; cette étape précède celle du développement de la pensée abstraite, à laquelle certains de ses caractères les plus saillants l'opposent. Les recherches d'orientation phénoménologique de E. Minkowski conduisent F. Minkowska à utiliser d'une façon toute nouvelle les qualités expressives du langage dans son interprétation du Rorschach. Et ce sont, à côté du dessin, les planches de Rorschach qui, jointes à ses qualités de « sensorielle », l'aident à mettre en lumière le côté positif du type épilepto-sensoriel, ses « ressources », la richesse d'une « vision en images ».

A travers la diversité des tendances philosophiques, des terrains et instruments de recherche, dans des exposés dont le langage est propre à chacun, H. Wallon et F. Minkowska aboutissent à une vision de l'épilepsie sensiblement proche. Cette diversité donne d'autant plus de poids à la convergence des résultats, en même temps qu'elle les enrichit.

Ce qui donne à ces résultats leur véritable dimension, c'est leur aboutissement à la mise en lumière de structures mentales et de mécanismes d'une portée qui dépasse les cadres de la maladie, dont l'étude a fourni les premières bases. Les considérations psychologiques découlant d'un chapitre de pathologie sont mises par Wallon dès le début au premier plan. Le Rors-

(46) H. Wallon. — *Les origines du caractère chez l'enfant*, 1934. Avant-propos, p. VII.

(47) E. Minkowski. — Le test de Rorschach. *Annales médico-psychologiques*, février 1950, p. 149.

chach, dont certaines des principales modifications introduites par F. Minkowska tiennent à son emploi dans l'épilepsie, ne nous offre pas un instrument direct de diagnostic, mais celui d'une analyse structurale de la personnalité, analyse qui élargit les possibilités d'investigation. Dans l'œuvre de H. Wallon et de F. Minkowska, la psychologie de l'enfant et la typologie ont été fécondées par les notions issues des recherches sur l'épilepsie. A leur suite, de nouveaux problèmes psychopathologiques et psychophysiologiques peuvent être éclairés par ces notions.

La psychologie aura à puiser à cette riche veine de la tradition psychopathologique. F. Minkowska et H. Wallon nous montrent jusqu'à quel point l'épilepsie peut être un terrain d'études des plus féconds pour la psychologie.

QUELQUES ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'EXPERIENCE ET DE LA CONNAISSANCE CHEZ LES MALADES MENTAUX

PAR

ALBERT-CREMIEUX, Raymond PUJOL et Arthur TATOSSIAN

Parmi les nombreuses antinomies qui hantent la pensée psychiatrique, celle de l'expérience et de la connaissance est en assez bonne place à côté des alternatives sujet ou objet, individu ou société, forme ou contenu, conscience ou corps, et aussi endogène et exogène, nature et habitude, substance et accident. Il serait assez facile de montrer que toutes ces antinomies ne sont en fait que les formes diverses d'une même opposition. Nous voulons étudier ici quelques aspects psychopathologiques de l'expérience et de la connaissance chez les malades mentaux, les résultats éventuellement obtenus ayant, croyons-nous, quelque chance de valoir pour les autres couples conceptuels.

L'expérience est subjective, affective, sentie, individuelle, transitoire, réelle, compréhensible..., la connaissance est objective, rationnelle, construite, universelle, permanente, vraie, explicative... Elles semblent donc s'opposer totalement, mais cette opposition implique justement que leur coexistence, somme toute harmonieuse chez l'homme, est un problème (1). Dans la tradition philosophique, ce problème a reçu dans l'ensemble deux

(1) C'est la considération de tels « problèmes » qui est le ressort de bien des philosophies modernes, et en particulier de celle de Blondel, comme le montre Albert Cartier dans « Existence et vérité » (Conclusions, p. 249, Bibliothèque « Nouvelle Recherche », Privat édit., P.U.F., 1956) : « Au-delà des oppositions factices, des distinctions durcies en séparation au-delà des choix mutilants, la réflexion blondélienne remontait en l'homme, jusqu'au point de jaillissement, jusqu'à l'agir en sa source, l'agir en qui se réalise « l'accord du connaître, du vouloir et de l'être ».

types de solution, subordonnant tous deux d'ailleurs l'un des termes à l'autre : soit que la connaissance se soumette aux conditions de fait de la « sensibilité » avec les empiristes, soit que l'expérience vienne remplir les cadres a-prioriques des catégories kantiennes. Comme toujours, les solutions psychopathologiques de notre problème se superposent aux solutions philosophiques, quoi qu'en puissent penser les psychiatres « objectifs ». Elles tendent à adopter un primat, soit celui de l'intelligence, soit celui de l'affectivité.

Dans le cas du délire, des auteurs anciens ont cru que le trouble « primitif » était une altération de l'intelligence, entraînant secondairement les troubles affectifs. Mais cette conception se heurte à deux objections : une objection de fait d'abord : les délirants sont intellectuellement normaux (certes on peut parler d'un déficit intellectuel partiel, mais il est alors bien évident que l'explication est pure tautologie). Une objection de principe se présente ensuite : parler d'un trouble primitif de l'intelligence suppose une séparation absolue entre les fonctions intellectuelles et affectives, mais alors comment concevoir qu'un trouble des premières entraîne un trouble des secondes. (Sans doute on peut invoquer des connexions neuronales entre les « centres » cérébraux de l'intelligence et de l'affectivité, mais alors la relation s'établit entre des altérations cérébrales et non, sauf par un tour de passe-passe verbal, entre les troubles *intellectuels* et les troubles *affectifs*).

Les partisans du primat de l'affectivité, beaucoup plus nombreux et à peu près triomphants de nos jours, sont passibles des mêmes objections *mutatis mutandis*. On se heurte au fait que les délirants ne sont nullement inaffectifs (certains vivent d'une affectivité passionnée) ; ils sont affectifs à leur manière (l'inaffectivité schizophrénique est maintenant reconnue aussi fausse que la démence schizophrénique). On ne saurait parler d'un trouble partiel sans être ici encore tautologique. De plus, la pseudo-connaissance du délirant étant validée par lui, il faut bien admettre dans cette seconde perspective une sorte de trouble intellectuel primaire. Quant à l'objection de principe déjà exposée, elle vaut évidemment telle quelle ici.

Il semble donc qu'accepter un rapport génétique entre les troubles de l'expérience et de la connaissance des malades mentaux amène, quel que soit le sens de ce rapport adopté, à des contradictions. Mais nous avons vu en revanche que la réduction de ces deux sortes de troubles à leurs supports organiques consti-

tuait une solution hypothétiquement valable, mais de toute évidence en dehors du domaine proprement psychiatrique. N'existe-t-il pas un niveau où nous puissions déceler en quelque sorte un « point de départ » commun, niveau qui, sans doute, n'aura pas le sens de vécu psychologique de l'expérience et de la connaissance, mais qui puisse le fonder ? Nous allons chercher ce point de départ commun dans le cas d'un de nos malades, Robert.

*
**

Depuis plus de huit ans vivre est pour Robert un problème, et avant tout le problème de la respiration : « J'ai toujours des difficultés à respirer..., je renifle sans arrêt, j'ai toujours peur de l'apnée. Oui, ça pourrait bien être l'angoisse de la naissance, le traumatisme. C'est la thanotophobie, le mystère de l'eschatologie, du passage de l'inanimé à l'animé, pourquoi en venant au monde l'inanimé devient animé, pourquoi il respire ?

« Ça a débuté le 8 mai 1947, le Vendredi-Saint, en sortant de classe, j'étais en seconde, j'ai eu des difficultés à respirer..., je voulais me raccrocher au dos de l'agent de police qui était devant moi. Depuis je pense toujours à la dyspnée : pourquoi respire-t-on à la naissance ? Je n'ai pas trouvé de solution au problème de la dyspnée. Dès que j'y pense, les bras m'en tombent. La veille du suicide de ma mère, en 1951, elle avait des difficultés à respirer, elle m'en a parlé. Elle ressemblait à une morte, c'est la nécromimie. D'ailleurs, ne croyez pas que je suis toujours aussi ému que maintenant. Dans ma chambre, je reste des heures sans bouger, sans renifler, par exemple, quand je lis le dictionnaire, le Larousse en deux volumes, je ne pense pas à la dyspnée. La nuit ? oh, il n'y a pas de comparaison, je ne rêve pas, je dors très bien. Ça m'arrive quand on me regarde, surtout les médecins, ça renforce mon complexe d'infériorité..., les femmes aussi, quand elles sont jolies, coquettes, jeunes..., non, ça n'a pas de rapport avec la sexualité. Ça m'arrive aussi avec mon père, c'est pour ça que je refusais de manger avec lui, ou que je mettais une pile de journaux entre lui et moi. Il n'y a que M... : avec lui, pas de difficulté à respirer, mais lui c'est un ami, un ami avec un grand A.

« Ce serait mieux si je vous tournais le dos..., oui, comme ça, c'est mieux. J'ai moins l'impression d'être attaqué par vos questions. En septembre dernier, j'ai revécu la naissance..., le docteur Crémieux était là. Je voyais l'accoucheur avec le ciseau terrible, qui allait couper le cordon ombilical du nourrisson, j'étouffais..., ce moment de la suppression d'oxygène... Et les mort-nés, c'est fascinant : sortir du ventre de la mère pour disparaître tout de suite...

« Ce serait rassurant d'être un objet inerte. J'essaye de me situer par rapport à un objet inerte, un presse-purée par exemple..., de faire

partie du cercle ambiant. J'essaye parfois le soir, avant de m'endormir, de rester immobile : c'est apaisant. Il y a des moments terribles, des caps, c'est vers onze heures-midi, à l'approche du repas, avec tout ce remue-ménage. Chez moi, je ferme les volets..., c'est cette lumière, cette luminosité, le soleil, ça me donne de l'angoisse. Je me mets dans un coin, je ferme les yeux, j'essaye de m'endormir... C'est l'été que j'aime le moins, à cause de la lumière, de la chaleur..., j'étouffe, ça peut m'empêcher de respirer.

« Parfois, je me mets la main autour du cou en serrant. Ça me rassure : je me dis : personne ne te serre le cou. Quand on m'a fait de l'acétylcholine intraveineuse, ça a été terrible... Vous ne pensez pas qu'on pourrait m'en faire, ça me ferait peut-être du bien... ça me donnait des apnées..., oui, après ça me faisait du bien, je me disais : personne ne te met cette drogue dans les veines en ce moment.

« Quand je pense que le cœur est attelé à la respiration : une locomotive à 140 à l'heure, rien ne l'arrête..., ça me rassure, je respire mieux. Je me rassure parfois en me disant : " La cafetière dit : je suis anencéphale ou je suis apnéique ", parce que c'est absurde, impossible.

« Le dictionnaire, je reste des heures à le lire chez moi, j'en sais des pages par cœur : statuaire, serpent..., c'est le répertoire des connaissances humaines..., je cherche les mots..., toujours le désir de s'instruire, de se cultiver... J'ai toujours eu la curiosité..., toutes les choses sont dans le dictionnaire, c'est merveilleux. Je ne suis pas angoissé alors, plus de difficulté à respirer et, même si ça me vient, ça n'a pas d'importance, je me dis que c'est maladif... Les mots composés ? J'ai l'impression de repérer les choses angoissantes, de les encercler..., ça diminue mon angoisse..., nécromimie, monopneomanie, thanatophobie...

« L'histoire me passionne..., j'aime bien le XVIII^e^, c'est élégant, raffiné... Le Moyen Age aussi, pour l'esprit naïf, primitif... Je suis bien quand je vais aux bouquinistes, je regarde les vieilles estampes, c'est frais, c'est naïf..., je m'arrête de bouger.

« Il y a un grand problème pour moi, le problème des monstres, la tératologie : pourquoi la nature fabrique-t-elle des monstres ? des êtres qui avaient le droit de vivre... Quand on pense qu'il y a de magnifiques types de 1 m. 80, alors qu'il y a des ectrophocomèles, des anencéphales, des cyclocéphales... C'est terrible, c'est absurde, la tragédie de l'absurde... le passage de l'inanimé à l'animé, le mystère de la naissance. Cela me rassure de penser à tous ces animaux qui vivent : les lamas du Pérou, les Yaks du Thibet. Pourquoi, je les cite, eux ? Parce qu'ils sont très loin, c'est rassurant de penser qu'à une telle distance il y ait les mêmes choses, les lois immuables de la nature. Ça me rassure de penser aux deux milliards cinq cent millions d'êtres humains qui respirent. Quand j'étais enfant, j'allais beaucoup au Musée d'histoire naturelle..., il y a bien longtemps que je

n'y suis plus allé : c'est la peur..., tous ces animaux, il y en a des centaines de mille dans la nature, c'est très beau..., l'éléphant, le chien, le cheval, ce sont les plus intelligents, les plus fidèles. J'aime beaucoup les serpents, je les vois lovés dans le soleil, les écailles qui luisent..., l'ophidiologie..., les oiseaux ? oh, ils sont beaux, mais ça ne m'intéresse pas, je me les représente en train de voler... l'ornithologie ne m'intéresse pas.

« Un jour, j'avais dit que les choses médicales m'intéressaient. Des amis étudiants en médecine m'ont dit de venir comme si j'étais étudiant. J'ai visité le musée d'anatomie... Mon grand-père était alcoolique, il aurait été reçu au musée vésicule biliaire *honoris causa,* et moi pancréas *causa*... (rit)..., il y avait des pieds, des intestins dans des bocaux, j'ai vu des morceaux de chair lancés en l'air..., j'ai eu l'impression que les étudiants se lançaient des morceaux de chair... (2).

« J'ai vu des tas de cadavres..., il y en avait un, couché sur le côté, en décubitus latéral gauche, et ses yeux, comme s'il regardait..., ça me fascinait. Oui, j'ai vu des gens ne plus pouvoir respirer, s'étouffer. M... par exemple, en classe, c'était le 11 mai 1946..., j'ai entendu de petits râclements, des gémissements, il bougeait les narines. Il est asthmatique..., mais l'asthme ce n'est pas grave... Ma première crise ? En mai 1946, mais ça n'a aucun rapport avec les crises de M...

Après le bombardement de Marseille, le 28 mai 1944, je suis allé au lycée pour voir s'il y avait des cours. En revenant, j'ai vu des piles de cadavres dans des draps, des gens qui s'étaient étouffés. Je suis resté trois quarts d'heure sans rien faire. Le dimanche suivant, en me réveillant, j'ai eu des difficultés à respirer, peur que toute la maison ne tombe sur moi..., ça a passé après.

« Il y a des moments où je pense que toutes ces préoccupations sont stupides, absurdes..., par exemple tout à l'heure, dans le jardin, en me promenant avec mon père. Il y a eu un moment où j'étais bien quand je travaillais chez mon cousin le charcutier, en 1951... D'un seul coup, j'ai pensé que tout ça n'était pas vrai, que ce n'était pas un problème, et ça a été fini pendant cinq mois. Puis j'ai encore eu des représentations mentales d'états qui n'existent pas. Il n'y avait aucune raison pour que ça recommence. Mais je pourrais encore guérir là tout à l'heure..., dix ans de maladie, d'état statique... »

De fait, quelques mois plus tard, l'un de nous voyait Robert chez lui, et constatait une « guérison », toute relative d'ailleurs : « Ah, ça a bien changé, je n'ai plus peur de ne pas respirer, je ne pense plus à la naissance... J'ai longtemps essayé de sonder ce mot : il n'y a rien derrière, ce sont des représentations mentales d'états qui n'existent pas... C'est idiot de dire : je suis né, c'est comme si la cafetière disait : je suis née, comme si la brique le disait. Le cadavre c'est

(2) Quelques mois après sa sortie du service, Robert revint solliciter de l'un de nous la permission d'assister à quelques dissections, afin de voir le thalamus et l'hypothalamus qui étaient malades chez lui.

comme la brique, ça n'a pas d'autocinésie... C'est comme si je disais : je suis paranosite ou je souffre de l'escaténérèse de l'os nibios..., ça n'existe pas..., l'os nibios ce serait un os à côté du foie..., une escaténérèse, ce serait son ulcère. Mais l'os nibios n'existe pas, — donc il n'y a pas d'ulcère de cet os. C'est absurde, ça n'existe pas (rit). Il y a quelque temps j'ai écrit toute une page de mots comme ça, ces diagnostics savants qu'un médecin pourrait faire de moi, et ça ne veut rien dire (rit)... Ça me rassure, c'est comme si la cafetière disait : je suis apnéique. Ça n'existe pas, c'est absurde.

« Mais il y a autre chose : je perds ma virilité, je n'ai plus aucun désir sexuel..., si ça continue, je vais devenir eunuque. Avant je me masturbais. Ah ! la masturbation..., je suis un grand masturbateur..., de 1944 à 1948..., un peu 1949, puis plus rien ensuite..., je me suis arrêté après avoir vu Jeanne d'Arc avec Ingrid Bergman..., cette pureté...

« Vous ne croyez pas que je vais subir un changement de sexe ? Ça arrive, j'ai lu dans le journal qu'un certain Robert Cowell, aviateur et père de deux enfants, était devenu femme. Et il avait l'air très viril : 1 m. 80... Est-ce que je n'ai pas le visage gynancoïde ? Vous ne croyez pas que j'ai la tête microcéphale ? Je m'en suis aperçu en me palpant la tête. On dit que les femmes sont microcéphales. En regardant mon ombre, je vois que la tête est petite... Que le changement de sexe ait un rapport avec l'homosexualité ? Non, je ne crois pas. Ils ont un visage efféminé, une voix comme ça, des gestes particuliers... J'avais un cousin qui m'a dit qu'il avait à 17 ans désiré l'étreinte d'un prêtre, et maintenant il va se marier. A l'œuvre A..., j'avais compris que des garçons pouvaient s'aimer..., j'avais sept ans..., j'ai vu alors un tableau : Jean appuyé sur l'épaule du Christ..., pas le Christ-Dieu, mais le Christ-Homme. A l'asile, en 1954, j'ai vu des homosexuels, dans le lit voisin du mien même... Mais pas moi..., moi, je faisais l'amour avec la veuve poignet..., j'étreignais un oreiller comme une femme..., c'était un bonheur immense... A 16-17 ans, j'ai eu un peu ça, j'avais de l'admiration pour un camarade qui était très beau..., même M... m'a dit un jour en riant qu'il aimait un garçon, mais c'était idéalisé... C'est vrai, je vous le jure, c'est si vrai que je ne suis jamais arrivé à comprendre les rapports homosexuels. Alors vous croyez que ce n'est pas possible que je change de sexe..., au fond ça ne veut rien dire l'allure efféminée : Saint-Just, par exemple, il avait la tête d'une femme, et quand on sait qui il était : le représentant de la Terreur.

« Enfin, c'est beaucoup mieux maintenant : l'autre angoisse, c'était atroce, la peur d'être regardé aussi, ça a disparu... la peur de perdre la sexualité, c'est plus naturel... Ici, je lis un peu, je ne fais rien. Je suis un cancre..., j'ai écrit une thèse : " Du rôle du cancre dans l'esthétique " (rit). Le cancre, c'est le repoussoir pour qu'il y ait de bons élèves : le clair-obscur. Mais ce n'est pas vrai, je n'étais pas un

cancre..., j'étais même plutôt parmi les bons élèves. Je vais essayer de travailler la semaine prochaine, comme livreur, chez mon cousin le charcutier... Comme ça je pourrais aller voir des femmes. Mon père ne me comprend pas..., il ne me donne pas d'argent... Ah ! j'oubliais, il faudrait que vous lui disiez qu'il m'en donne pour que je puisse aller voir les femmes. »

Il nous faut maintenant envisager chez Robert les formes de l'expérience et de la connaissance, telles qu'elles semblent se poser et s'opposer dans le mouvement dialectique qu'a essayé de préciser notre introduction.

L'expérience qui s'offre à Robert est de bout en bout problématique et tout d'abord l'expérience de vivre. Comment peut-il y avoir vie, comment peut-il y avoir passage de l'inanimé à l'animé ? Non pas d'ailleurs que l'animé seul soit énigmatique et que l'inanimé, lui, « aille de soi ». Parler ici de pensée « chosifiante » serait prendre le problème originaire de Robert dans ce qui est simplement un aspect élaboré de celui-ci.

Robert, dans « l'attitude naturelle », particularise sa problématique dans le problème de l'animé, plus spécialement même dans celui de la respiration, de la première respiration qui surgit à la naissance. C'est que l'acte respiratoire « signifie » très exactement la vie par cette succession de mouvements inspiratoires et expiratoires indéfiniment liés, dont le sens est non tant d'expansion et de rétraction que de montée et de descente. Le classique rattachement des rêves de montée et de descente à des états somatiques respiratoires le montre assez. Binswanger (*c*) a justement souligné la portée vitale de l'ascension et de la chute. Dans leur engrénement, inspiration et expiration « répètent » non seulement la succession du sommeil et de la veille, mais aussi le mouvement par lequel l'animé sort de l'inanimé pour y replonger sans répit (3). La vie et la respiration sont ainsi pareillement ambiguës. Et, par là-même, la mort se fait aussi pour Robert expérience équivoque. De la mort, Robert n'éprouve pas la pureté spécifique, le sens de rupture brutale, de contradiction

(3) Nous donnons à la notion de répétition un sens assez voisin de celui que précise Roland Kühn dans son article sur le transfert, sens qui a peu à voir avec les notions de génèse et de symbolisation. En particulier, nous ne pensons pas que la difficulté de respirer « symbolise » chez Robert la difficulté de vivre, sur la base d'une sémantique universelle, soit d'une sémantique individuelle d'origine biographique (ainsi par supposition d'une chaîne : homosexualité-asthme de l'objet d'amour-expression déguisée de cet amour homosexuel).

parfaite et irréductible avec la vie. Dans l'expérience de nécromimie, où la mère vivante se pose en même temps comme morte, apparaît le recouvrement marginal des deux domaines. Le lendemain du suicide, Robert va en informer, sans apparence d'émotion, des amis de la famille, et quelques jours plus tard, à l'enterrement, serre les mains en disant machinalement : « Que voulez-vous, c'est le retour d'âge ! » La mort pour Robert est un événement « naturel ». Bien plus, dans la mort d'autrui il appréhende une justification par le monde de son ambiguïté essentielle comme le montre bien Kühn à propos de sa malade Hilde, la mort d'autrui est contradictoire en ce sens que le défunt est à la fois présence spirituelle et absence physique. Cette contradiction aboutit chez l'homme « normal » à la structure d'écartèlement du deuil où simultanément « j'accompagne » le défunt hors du monde et reste cependant dans le monde, ainsi placé directement devant l'étrangeté de la condition humaine d'être incarné. Mais cette contradiction n'existe pas chez Robert de par son mode d'existence, car la mort d'autrui est affirmation par le monde de ce mode, vérité de sa réalité ; dans la mort d'autrui, le monde donne « raison » à Robert. Nous comprenons ainsi l'amélioration transitoire de son état après le suicide de sa mère, telle que la constatèrent son père et ses amis. Nous pouvons parallèlement mener cette analyse de la mort d'autrui, non pas sous sa forme de présence spirituelle et d'absence physique, mais sous la forme de présence physique et d'absence spirituelle : le cadavre. Robert est fasciné par les cadavres, ceux du bombardement de 1944, ceux de la salle de dissection, celui de sa mère : « Je la revois souvent gisant étendue sur le sol, après s'être jetée par la fenêtre. » Devant les cadavres, Robert existe authentiquement, car là sa réalité individuelle devient vérité mondaine, son expérience devient connaissance du monde (4).

Que Robert insiste sur son « bon » sommeil, sur l'absence de rêves perturbateurs nous est abordable par le même chemin. Le sommeil, sommeil sans rêves, est une façon d'exister aussi ambiguë que la façon « d'exister la mort » d'autrui, aussi inquiétante pour notre condition d'être incarné. Mais en ce sens le sommeil a été assez peu étudié (5), à l'inverse du rêve, par trop

(4) Nous renvoyons pour tout ce passage aux pages fondamentales pour la compréhension du deuil de Heidegger. On en verra l'élaboration psychiatrique chez Kühn (*a* et *b*) à propos du cas Rudolf et du cas Hilde.

(5) Mentionnons cependant les belles pages de Binswanger sur le sommeil comme mode existentiel dans les « Formes fondamentales et connaissance du Dasein humain ».

favorisé sur la base du vieux préjugé de la « psychologie de conscience », restreignant l'objet psychologique à cela seul qui de quelque manière est « senti ». Politzer a assez montré que l'analyse freudienne conserve ce préjugé, puisque son inconscient « fonctionne » exactement comme la conscience, mais une conscience bizarrement privée de son index de conscient. Quoi qu'il en soit, nous pouvons comprendre que Robert retrouve dans le sommeil son mode propre d'existence : l'équivoque.

Mais vivre n'intègre pas seulement la naissance et la mort. Vivre c'est ordonner et être ordonné, ainsi dans le registre de l'espèce et dans le registre du sexe. Pour Robert cependant la vie n'est pas immédiatement ordonnée ; elle est à ordonner, ce qui suppose l'expérience d'un désordre primitif, même si cette expérience est indirecte et ce désordre potentiel.

Le monstre réalise cette condition paradoxale d'être vie privée d'un trait caractéristique quasi-indispensable de la vie : l'ordre. Le monstre est malformé, c'est-à-dire qu'il oblige à reconnaître que nous avons été formés comme êtres animés, comme vie à partir de ce qui ne l'était pas : l'inanimé. Robert dit : « Les monstres m'intéressent. Ils me font peur et me rassurent à la fois... Chaque fois que j'en découvre un nouveau, je suis content, par exemple les céphalopages..., ils sont unis par la tête, quand on veut en sauver un, le séparer, on tue l'autre... Je les collectionne comme d'autres les papillons. » Les monstres le fascinent dans la mesure où leur naissance dans l'espèce est aussi mort de l'espèce, dans la mesure où ils affirment et nient à la fois l'espèce, soit dans le cas du monstre simple, soit dans le cas du monstre double où la contradiction se pose entre l'un et l'autre terme du couple.

Ces considérations se transposent aisément à l'autre aspect de l'ordre biologique : le sexe. Le passage est explicite chez Robert lui-même quand il attribue un caractère monstrueux au sexe féminin qui est pour lui *le sexe,* parce que justement Robert est un homme. Ce caractère monstrueux, la microcéphalie, il le retrouve chez lui dans ce qui est et n'est pas son corps, l'ombre. Il craint de changer de sexe, comme ces hommes dont la grande presse s'occupait alors intensément, en particulier comme « un certain Robert Cowell ». L'identité des prénoms n'est sans doute pas accidentelle. Mais nous pourrions croire que la survenue de cet « événement » : l'information lue dans le journal, a déterminé la crainte du changement de sexe, en d'autres termes qu'une connaissance en elle-même sans signification en a reçu une chez

Robert, bien qu'on soit tenté d'ajouter paradoxalement qu'elle a entraîné en lui une expérience. C'est là, du même geste, creuser un fossé et établir une liaison entre expérience et connaissance. Mieux vaut nous souvenir que Binswanger, lors de sa controverse avec Straus, a montré qu'il n'existe pas d'événement « pur » : « Dès qu'un homme parle d'un événement, y pense, ou qu'il lui en arrive simplement un, cet événement revêt une signification déterminée, c'est-à-dire qu'il est déterminé « comme » tel ou tel événement, « explicité » ou « interprété ». Or, l'information du journal se présentait à Robert significativement : le changement de sexe atteignait un homme verbalement identique à lui et nous allons voir que le mot a chez Robert un sens prééminent. Mais retrouvons auparavant une fois de plus son ambiguïté fondamentale dans les trois formes où se « manifeste » sa sexualité : les activités de masturbation, les représentations ou phantasmes homosexuels, les sentiments de crainte de changement de sexe.

La masturbation semble avoir fasciné Robert depuis l'enfance (son père rapporte que vers huit ans on le surprit lisant dans un dictionnaire médical l'article : masturbation), c'est qu'elle est pour lui le moment « merveilleux » où il est à la fois l'autre et lui-même, où il sort de soi en restant soi et où, comble de bonheur, il peut encore coexister imaginairement avec l'autre phantasmatique.

L'homosexualité nie le sexe en l'affirmant, et Robert répète lui-même cette démarche à l'égard de l'homosexualité, puisque tout en se déclarant vigoureusement hétérosexuel, il dit se rassurer en pensant que les homosexuels les plus illustres de Socrate et André Gide, en passant par Néron et Saint-Just, ont été des hommes puissants, de « grands » hommes.

Parallèlement, le changement de sexe garantit l'existence des sexes en posant la possibilité de son altération en ceci précisément qu'il est changement, qu'il pose le sexe comme autre que soi-même.

Mais craindre de changer de sexe, c'est simultanément espérer de ne pas en changer. La crainte se porte paradoxalement garante de son inanité dans les actes où Robert « cherche » à être rassuré. Ainsi note-t-il par une barre sur une feuille de papier toutes les occasions où il s'entend appeler « Monsieur » : « Je suis arrivé à 356 barres et puis un jour une vendeuse m'a dit : oui, Madame. Ça m'a affolé... » Nous retrouvons donc ici comme liaison entre la sexualité « sentie » et la sexualité connue de

Robert le mot qu'il nous faut envisager maintenant de façon plus générale (6).

Connaître, pour Robert, c'est nommer : « Le dictionnaire, c'est le répertoire des connaissances humaines. » Nous savons par son père et par lui-même qu'il passe des heures à compulser les pages de son Larousse, à les apprendre par cœur, s'attardant tout spécialement aux tableaux encyclopédiques qui lui présentent à côté de la chose ou plutôt de son image le mot qui désigne la chose en question. Parfois ce seront les mots simples, les mots de tous les jours qu'il retient, mais les mots savants (des mots plus « mots » que les autres en quelque sorte) le contentent plus profondément. Aussi parlera-t-il d'ophidiologie plutôt que d'étude des serpents, etc. Robert s'enhardit même à créer des mots nouveaux, puisant à sa façon dans le jardin des racines grecques : monopnéomanie, thanatophobie, nécromimie, etc...

Nous voudrions préciser le sens de cette science verbale, de cette science des mots, non pas son sens génétique, mais son sens statique en quelque sorte. Pour cela, il nous faut insister sur cette « préférence » pour les mots savants, les mots fabriqués. Devant un mot fabriqué nous avons l'impression de l'artificiel, du superflu spécialement quand nous nous trouvons en présence de lui pour la première fois. La « chose » nommée n'est pas dans le mot ou y est bien peu. En fait, inversement et paradoxalement, le mot fabriqué gagne pour sa réalité propre de mot ce qu'il perd de sa réalité d'emprunt à la chose : le mot, de créé par la chose, devient créateur de la chose. Mais si nous supposons une existence pour laquelle justement la chose a perdu de sa réalité propre, pré-verbale, cette existence gagne en quelque sorte absolument dans les mots fabriqués. La connaissance verbale n'est nullement pour elle une pseudo-connaissance, car le mot réalise précisément ce qui y est réalité.

Mais le mot, et plus spécialement le mot fabriqué, pour nous qui rencontrons cette existence « pathologique », n'en reste pas moins une réalité de contrebande. Pour nous, le mot est et n'est pas la chose. Sa réalité est essentiellement ambiguë, parce qu'elle vit de la réalité de la chose à laquelle le mot renvoie et la réalité de la chose est notre réalité originaire parce que notre vie se déroule et se situe en-deçà des structures verbales. Nous savons

(6) Sans pouvoir y insister ici, nous voudrions dire que dans ces trois moments de la sexualité ds Robert s'est profilée à l'horizon la problématique de l'Autrui. Nous croirions volontiers que les troubles de la sexualité gagnent à être posés dans le cadre de cette problématique.

le sens du silence, en ceci justement que ce sens peut être multiple : silence amoureux ou conflictuel, méprisant ou respectueux..., c'est dire que pour nous le silence est vie authentique parce qu'échappant à une détermination univoque, il est pouvoir-être (le Sein-können heideggerien) et que le pouvoir-être est nécessaire et suffisant à décrire la vie. Pour Robert, le silence n'a qu'un sens, celui de l'absence de la vie (parce que l'absence de parole est absence de réalité) et la prolixité qu'attestent les mots de logorrhée, état hypomaniaque..., qui parsèment les certificats de ses séjours hospitaliers ou asilaires est la forme même de son ambiguïté existentielle dans la sphère du langage.

Nous avons donc trouvé dans la connaissance de Robert, sous la forme spécifique à ce domaine, l'ambiguïté que son expérience signifiait corporellement comme présence simultanée de l'ordre et du désordre biologique. Mais nous ne savons pas encore la nature du rapport entre ces deux formes d'ambiguïté. Disons tout de suite que ce rapport ne nous sera pas fourni par des précisions même les plus poussées sur l'ordre d'apparition chronologique de ces formes. Que l'expérience ambiguë de Robert ait précédé sa connaissance ambiguë est radicalement inapte à prouver une relation de cause à effet entre celle-là et celle-ci. Et si l'on veut simplement parler de conditionnant et de conditionné, d'expérience conditionnante et de connaissance conditionnée, on ne pourra le faire que sur la base d'une induction établie à partir d'un certain nombre de malades autres que Robert et qu'on appliquera à Robert, en supposant que Robert est identique à ces malades, c'est-à-dire en prenant pour démontré ce qui justement est à démontrer. C'est là le cercle vicieux propre à toute application à l'homme de méthodes et concepts établis à propos des choses : Binswanger (*a*) et plus récemment Merleau-Ponty le montrent clairement à propos de la notion d'association d'idées.

En fait, c'est concrètement dans la forme revêtue singulièrement chez Robert que nous devons étudier le rapport entre expérience et connaissance.

Nous avons déjà vu les conceptions courantes à cet égard. L'une admet que la connaissance de Robert est déterminée dans sa structure par son expérience affective, et dirigée vers une « facilitation » de cette expérience. Elle prend ainsi le sens d'un maillon de la chaîne qui relierait un ensemble d'expériences désagréables à un ensemble d'expériences moins désagréables, sinon agréables, soit le sens d'une comparaison si l'on regarde d'amont, d'une défense si on la regarde d'aval.

La seconde conception envisage cette liaison dans le sens inverse ; pour elle, dans le cas du délire, par exemple, le phénomène primaire est un trouble de la connaissance rationnelle, de l'intelligence, et les troubles affectifs viennent en quelque sorte occuper le « trou » creusé par les troubles intellectuels (7). Si nous rejetons ces deux conceptions, sommes-nous forcés, comme Jaspers le croit, de poser un changement radicalement inabordable de la conscience pathologique ? Nous voudrions dire que le problème a peut-être été mal posé, en ce sens que le rapport que nous cherchons à élucider n'est pas nécessairement de nature génétique.

Quand Robert se rassure en se mettant les mains autour du cou et en serrant, et qu'il ne se passe rien, il vit une expérience de quelque manière impossible et possible, car sa « possibilité » y est visée comme incapable de se réaliser, cette possibilité étant l'arrêt respiratoire. L'acte s'épuise dans son sens de « modification », en cela justement qu'il n'aboutit pas et, malgré ce, est répété. C'est un acte absurde pour nous, car, pour Robert, il est, parce qu'absurde, modifiant sans modifié, hautement significatif : Robert *est* absurde, on peut l'en croire sur ce point. Mais cette modification inefficace réalise également l'être de l'imagination : imaginer, c'est se donner l'objet comme absent, se le donner en se le refusant, le changer en n'en changeant rien. Ainsi, la représentation imaginaire de l'injection d'acétylcholine s'apparente-t-elle à la « tentative » d'auto-strangulation (à laquelle nous aurions pu lier l'essai d'assimilation à un objet inerte). Mais les « défenses » essentielles de Robert résident, semble-t-il, dans les visées de réalités du type : la cafetière dit je suis anencéphale ou Robert dit je suis paranosite ou je souffre de l'escaténérèse de l'os nibios. Dans les deux cas Robert affirme, « possibilise » une impossibilité qui se situe, soit du côté du sujet, soit du côté du prédicat, ou plus exactement dans la relation qui les lie.

(7) Cette conception réapparaît à notre avis de manière dissimulée dans la notion de « compensation phénoménologique » chez Minkowski, notion dont on n'a pas assez noté la parenté avec celle, kantienne, de « l'expérience possible ». Dans les deux cas, une certaine « totalité » vécue est posée comme l'association d'une forme et d'un contenu avec précédence de la première.

Minkowski subordonne l'aspect idéo-affectif à l'aspect formel spatio-temporel et ses formes spatio-temporelles évoquent invinciblement les « formes *à priori* de l'expérience possible » de Kant. Nous pensons justement qu'un grave défaut de la phénoménologie minkowskienne réside dans l'acceptation de la dissociation du vécu en forme et contenu, niveau d'où l'on ne peut plus accéder à la compréhension réelle, c'est-à-dire globale, de l'homme.

Les trois techniques humaines de modification du monde et de soi : l'action, la représentation et la parole, que nous venons de voir se présentent chez Robert dépouillées de leur insertion dans le réel. Elles s'illustrent dans des situations dont le sens est la « possibilisation » de réalités impossibles, situations ambiguës où l'existence de Robert s'exprime pleinement. Il nous restera à montrer que le sens commun de puissance modificatrice de l'action, de l'imagination et de la parole est assez fondamental pour les unir toutes trois dans une sphère particulière de l'existence, la sphère où spécifiquement les réalités sont posées comme modifiées-modifiables (8).

Les « défenses » que nous venons d'analyser sont dérisoires en ce sens qu'elles ne sont que la répétition de ce contre quoi Robert se défend (9). Aussi bien sommes-nous enclins à voir dans la notion de défense une notion d'intérêt surtout théorique. Mais il n'en faut pas moins chercher à comprendre comment, défenses ou non, elles « rassurent » Robert sur le plan de l'affectivité.

L'affectivité, bien loin de constituer un terme ultime, irréductible, est à saisir comme, elle aussi, un domaine de l'existence : le domaine où l'existence se révèle la « situation » où elle est. Dans une certaine mesure, l'affect est connaissance de l'être-là de l'existence comme être-là, de même que la connaissance est expérience « affective » de ce là où l'on est (ce là étant d'ailleurs bien plus que l'ensemble de coordonnées spatio-temporelles). Certes, l'affectivité est vue plus volontiers comme subjective, la connaissance comme objective ; mais, en fait, elles ne font que viser d'une manière différente une seule réalité, située pré-réflexivement en-deçà de la différenciation sujet-objet (le « cancer » de la psychologie, comme dit Binswanger). L'affect de quiétude

(8) Nous verrons en effet que ce domaine de l'existence est celui de la « discursivité » heideggérienne (c'est ainsi que de Waehlens traduit die Rede). Sartre l'a finement exploré dans une perspective plus husserlienne, d'ailleurs dans « l'imaginaire ».

Signalons que la forme de discursivité de Robert, en le faisant « valoriser » l'absurde, l'imaginaire et le mot, peut le faire taxer de débilité, d'apragmatisme, de verbalisme prétentieux, tous caractères que confirmeraient sans doute les tests « psychologiques ». Et ces caractères sont vrais dans la mesure où on en voudrait déduire les possibilités d'action pratique de Robert mais faux si l'on prétend en tirer la « connaissance » de celui qu'il est.

(9) Freud avait bien vu que les défenses répètent la structure de ce qui est défendu mais il avait trop vite attribué à cette répétition une détermination chronologique et une finalité défensive, fidèle à la tendance « biologisante » du psychisme qu'attestent les lettres à Fliess et ses premiers schémas physiologiques de l'appareil psychique.

nous semble ainsi la révélation de la stabilité actuelle de l'être-là ; et, si l'existence de Robert est toute ambiguïté, c'est toujours justement dans les situations ambiguës, dont nous avons vu quelques exemples que Robert atteindra la cohérence existentielle, cohérence d'une existence « inférieure », mais cohérence quand même.

En résumé, l'expérience et la connaissance chez Robert nous ont paru marquées d'une ambiguïté profonde, immanente à leur structure contradictoire de possible-impossible. Cette ambiguïté, nous la retrouvons dans ce qu'on a pu considérer comme défense et qui n'est en fait que la forme de cette ambiguïté dans le domaine discursif de l'existence. C'est le déploiement chronologiquement échelonné des formes propres aux divers domaines dans l'histoire individuelle de Robert qui nous incite à poser, sans droit, un enchaînement causal ou même compréhensif entre elles.

Nous aurions pu poursuivre le sens de cette ambiguïté dans bien d'autres sphères existentielles ; par exemple, voir que cet homme qui a peur du regard d'autrui n'en a pas moins un excellent « contact » (il accepte de parler — avec quelle prolixité — devant une foule d'étudiants, mais après qu'on lui ait permis de se cacher derrière un tableau noir), l'entendre nier tout rapport de ses idées de changement de sexe avec l'homosexualité pour débiter à la minute qui suit toute une série de souvenirs homosexuels, écouter ses doléances sur la perte de sa virilité, bien qu'il ne lui manque qu'un peu d'argent, à l'en croire, pour réaliser ses désirs hétérosexuels, retrouver la réalité imaginaire de l'existence de Robert dans son goût pour la « chose » historique qui n'est que parce qu'elle n'est plus (10) ou dans son goût pour la chose vue, l'image (lecture de revues pornographiques, manifestations de voyeurisme ou d'exhibitionnisme qui correspondent, on ne l'a pas assez souligné, à un mode d'existence imaginaire). L'historique et l'image ont le même être-imaginaire que le mot.

Nous voudrions cependant insister, en terminant cette étude extrêmement incomplète de l'existence de Robert, sur un dernier aspect de l'ambiguïté : celle de la rencontre avec lui du psychia-

(10) « Gilles de Rais, le compagnon de Jeanne d'Arc, m'a toujours fasciné. Il avait été un saint dans le bien, il communiait tous les jours..., et puis un monstre, mais tellement que... c'est presque un saint du mal... Et il est mort comme un saint après avoir prié et communié... »

De semblables contradictions se retrouveraient dans plusieurs des « héros » de Robert, ainsi Saint-Just : « Il avait la tête d'une femme, et quand on sait ce qu'il était, le représentant de la Terreur. »

tre. Nous avons, comme tous ceux qui l'ont vu, éprouvé l'impression d'un excellent contact, mais en même temps celle d'un fossé et cette ambiguïté du psychiatre devant Robert est l'expression d'un trait constitutif de la rencontre : la réciprocité (Buytendijk). Car, Van den Berg le note finement, le psychiatre est, par exemple, devant le maniaque un peu maniaque lui-même ou plus banalement l'adulte est devant l'enfant un peu enfant. Cette ambiguïté se retrouve clairement dans la difficulté de classer Robert dans le cadre des névroses ou des psychoses ; les observateurs qui se sont succédé devant lui ont parlé les uns de névrose obsessionnelle ou d'hystérie grave, les autres de schizophrénie. Peut-être la vérité est-elle ici dans l'équivoque, la certitude clinique dans l'incertitude diagnostique. Nous voulons dire par là que juger le diagnostic d'un malade douteux a une signification positive et est le moyen de faire dans ce cas le « bon » diagnostic : l'ambiguïté nosologique est, dans ce sens, la réalité nosologique de l'existence rencontrée. Et peu importe que le malade devienne « plus tard » schizophrène, car cela veut justement dire qu'il ne l'est pas maintenant. Le critère kræpelinien de l'évolution naît de l'échec de la science proprement psychiatrique. L'étude de la différence entre névrose et psychose gagnerait peut-être à partir de cette notion d'ambiguïté existentielle du malade-limite (border-line) et du psychiatre qui le rencontre.

*
**

Nous avons cru reconnaître une communauté du sens dans l'expérience et la connaissance de notre malade, mais communauté telle qu'elle ne semblait pas procéder de la génèse de l'une par l'autre. Nous voulons maintenant partir d'une notion en quelque sorte neutre, appartenant aussi bien aux deux domaines, afin de pouvoir mieux préciser, après cette communauté de sens, le sens de cette communauté, sans favoriser au départ l'expérience ou la connaissance. Cette notion, c'est celle de *l'évidence* qui, en tant que sentiment d'évidence, ressortit au registre de l'expérience et en tant que vérité d'évidence à celui de la connaissance. Encore nous faut-il éviter de la disjoindre dès le début en évidence compréhensive-sentie et en évidence causale-induite, irréductibles l'une à l'autre. On comprendra donc que nous rejetions dès l'abord la doctrine jaspersienne telle qu'elle est exposée dans la « Psychopathologie générale », puisque son axe est justement la distinction des relations causales et des relations

compréhensives, pour nous tourner vers une attitude dont un des piliers est précisément le rejet de cette distinction, l'attitude phénoménologique. Merleau-Ponty a assez clairement montré dans l'introduction de la « Phénoménologie de la perception » l'unité « des » phénoménologies pour que nous entendions par là aussi bien la doctrine essentialiste du premier Husserl que la doctrine existentielle de Heidegger, sortie d'ailleurs « d'une indication de Husserl » (11).

On sait que dans la première période de sa pensée, celle de la vision des essences (Wesensschau), Husserl essaya de trouver un procédé visant à procurer des « objets sûrs », les essences, point de départ irréfutables de la recherche scientifique. L'essence (eidos) est constituée par ce qui de l'objet ne peut disparaître sans que simultanément l'objet disparaisse lui-même, et révélée par la « variation imaginaire », excluant un à un les divers caractères de l'objet et examinant chaque fois le « résidu » du point de vue de la persistance ou de la disparition de l'objet. Nous réduisons ainsi eidétiquement l'objet à ses caractères essentiels, essentiels parce que leur négation entraîne la perte de l'objet lui-même : « La *conscience d'impossibilité* définit une *condition de possibilité*... » de l'objet (Thao), nous apporte *un objet évident* (12). Mais dans cette tâche le philosophe explicite sim-

(11) En revanche, et contrairement à une opinion assez commune, le rattachement de Jaspers au mouvement phénoménologique nous semble une erreur assez grossière. Ce que le professeur d'Heidelberg appelle phénoménologie désigne une méthode (alors que la phénoménologie authentique est attitude plus que méthode), méthode strictement introspectionniste malgré un recours, lui-même déguisé à l'Einfühlung, soit un « psychologisme » dans lequel Husserl et ses disciples ont constamment vu leur principal ennemi. La psychologie de Jaspers, dans sa parité phénoménologique, est une psychologie de conscience. Faut-il rappeler que toute phénoménologie, existentielle ou non, s'élève peut-être encore plus contre celle-ci que contre la psychologie objective ? Il suffit de lire les deux courts passages où Jaspers parle de Husserl (*loc. cit.*, 3 et 47) pour approuver et même juger trop peu sévère l'appréciation de Minkowski : « L'œuvre de Jaspers me semble très peu phénoménologique. »

(12) Les textes principaux de Husserl sur la notion d'évidence se trouvent dans la sixième Recherche logique (1901), dans les Idées directrices... (*Idéen*, I, 1913), dans la Logique formelle et transcendantale (1929) et dans Expérience et Jugement (1939). Nous indiquons ces textes d'après le livre de Tran-Duc-Thao : « Phénoménologie et matérialisme dialectique », dont nous nous sommes servis beaucoup pour l'éclaircissement d'un sujet pour lequel nous ne prétendons avoir aucune formation spéciale. Citons également le très petit et très précieux livre de Lyotard : *La phénoménologie*. Ces deux ouvrages, très lucidement dans leur intention philosophique, se restreignent volontairement à la pensée husserlienne. Et, certes, tout le sens philosophique de la phénoménologie est dans Husserl, mais le sens « scientifique » et

plement ce que le savant a lui-même déjà fait : Galilée découvrant la loi de la chute des corps a déjà effectué confusément ce travail de dégagement d'essence, cette « réduction eidétique » de la chose physique. Ajoutons dans notre perspective que l'homme de la rue ou le malade, dans l'attitude connaissante, fait aussi ce travail. Nous pouvons ainsi croire que Robert a procédé à la réduction de la chose biologique et nous formulerions volontiers l'eidos obtenu comme ordonnancement du désordre, ordre *après* le désordre... Ainsi compris dans son essence, le fait biologique ne peut qu'être problématique, car il se pose comme la somme de parties (organes, fonctions...) isolées en elles-mêmes et dont la réunion, la cohésion, est un acte extérieur à elles, un acte en quelque sorte arbitraire. Ainsi, le vécu de corps (nous entendons par ce mot un vécu en-deçà de la différenciation théorique du conscient et de l'inconscient) est, pour reprendre les termes de Merleau-Ponty, le corps objectif, non le corps propre (distinction que la langue allemande fait plus originellement par la différence de sens de « Leib » et « Körper ») [Binswanger (*e*)]. Ce qui, pour Robert, ne fait justement pas partie de l'essence de la vie, ce devant quoi il se heurte à une conscience d'impossibilité (13), c'est ce qui pour nous est l'essence même du fait biologique, ce qui nous permet d'être immédiatement « chez nous » dans la vie.

Mais ainsi envisagé, Robert nous semblerait souffrir d'un trouble primairement intellectuel et nous ne comprenons plus que le trouble de l'expérience soit tout aussi originel. C'est au fond la même difficulté, de par ce « parallélisme psycho-phénoménologique », dont parle Husserl, qui l'a forcé à changer de façon assez surprenante le sens de la « réduction eidétique ». Pour ne pas faire du domaine humain le royaume de l'intelligence logique il eût à prendre conscience d'un caractère commun à toute essence, à savoir qu'elle est *pour moi :* la thématisation sur le plan de l'objet fut alors remplacée par la « thématisation de la conscience concrète » (Thao) dans le mouvement de retour au vécu, de retour au sujet qui se déploie dans le second tome des « Recherches logiques » et les « Idéen I » (1901 et 1913). Que la réduction eidétique de l'objet nous révèle qu'il est *pour la conscience,* cela s'exprime aussi en disant que la réduction

plus spécialement psychiatrique de la phénoménologie gagne sans doute à être cherché en Husserl, au-delà de Husserl.

(13) A l'un de nous, lui montrant que le fœtus a *toujours* été animé et qu'il n'y a donc pas de « mystère du passage de l'inanimé à l'animé », Robert répond : « C'est impossible..., alors je dois être jobard, fou... »

eidétique de la conscience la montre essentiellement *concience de..., intentionnalité* (14).

L'évidence nous apparaît alors sous un nouveau jour : l'évidence est intentionnalité, plus même, elle est le mode d'intentionnalité originaire, soit « le moment privilégié où se présente *la chose même* » (Thao) par opposition aux évidences originaires qui prennent le détour du souvenir de la chose, de sa compréhension par autrui ou du symbole de la chose. Ces évidences non originaires n'ont le sens d'évidence que par l'immanence en elles d'un renvoi à l'évidence originaire. Ainsi comprise l'évidence originaire, par cela même qu'elle met en présence de la chose même se confond d'une part avec la « perception » ou, au sens large, l'expérience, mais d'autre part avec la connaissance. Aussi bien, l'intentionnalité originaire ne se caractérise-t-elle pas seulement dans l'ordre de la vérité, mais aussi dans ceux du sentiment et de l'action. Ainsi, l'amour authentique est-il intentionnalité originaire, parce qu'il vise l'objet réel d'amour à la différence d'autres amours non originaires (par exemple amour de Paul pour l'amour de Pierre ou pour ce que représente Pierre de sécurité ou de valeur morale). Mais si l'évidence authentique donne à la fois l'objet — en tant qu'expérience « perceptive » — et sa vérité — en tant que connaissance immédiate —, il ne saurait être question de faire dériver l'expérience de la connaissance ou inversement.

Essayons donc de préciser l'intentionnalité de Robert au sens que prend ce mot chez Husserl, sens que nous venons d'évoquer plus que d'exposer (15). Il apparaît que le mode d'intentionnalité de Robert est essentiellement équivoque. Il constitue la chose dans ce qu'elle n'est pas, soit la vie dans ce qui n'est pas vie, l'animé dans l'inanimé, le sexe dans l'intersexualité..., puis, comme toute intentionnalité, engendre à ses pôles, secondaire-

(14) Signalons l'erreur très fréquente qui consiste à placer la conscience husserlienne et l'intentionnalité sur le plan du vécu psychologique. Husserl a toujours dit exactement le contraire. Les travaux qui partent de cette erreur fondamentale pour critiquer — ou pour louer — la phénoménologie, sont viciés à la base.

« Rien n'est plus éloigné de la phénoménologie qu'une philosophie de l'expérience intime », a écrit M. Gaston Berger.

(15) Nous savons bien que les lignes précédentes ne peuvent prétendre exposer la deuxième phénoménologie husserlienne, celle de l'intentionnalité ou phénoménologie constitutive statique, plus complexe dans ce que nous disons d'elle et bien plus étendue (nous omettons la notion de réduction phénoménologique, pièce maîtresse pourtant de cette période). Mais notre but serait rempli si le lecteur allait chercher dans Husserl de quoi critiquer ce court travail.

ment, le sujet Robert, comme essai d'être ordre dans le désordre, l'objet, comme essai d'être désordre dans l'ordre. Ce mode se concrétise dans la prétention de donner à l'intentionnalité verbale le sens de l'intentionnalité originaire, le sens d'évidence, alors que nous savons que c'est là une intentionnalité dérivée qui ne peut justement tenir son sens que dans le renvoi à l'intentionnalité originaire authentique. Nous pouvons, en d'autres termes, dire que l'intentionnalité originaire de Robert se place précisément à un niveau (le niveau verbal) où elle ne satisfait pas à son caractère constitutif de mettre devant la chose même. Mais elle peut trouver un semblant de justification dans certaines situations, et ces situations, ce sont celles où Robert peut se contenter d'intentionnaliser un monde où les choses sont des mots, un monde verbal, le monde du dictionnaire. En ces rares moments le monde semble lui donner raison ou, ce qui revient au même dans notre perspective, Robert *se* donne raison. Mais c'est un semblant de raison, parce que le mot authentique ne l'est que par le renvoi à la chose originaire.

En fait, c'est là une nouvelle difficulté : si l'évidence est à la fois expérience et connaissance, si le perçu se confond avec le vrai, Robert devrait pouvoir user avec un succès continu de ce mode d'intentionnalité inauthentique pour nous, mais qui semble bien être authentique pour lui. Il devrait être « satisfait », il ne devrait pas avoir « conscience de sa maladie », il devrait délirer. Mais cette difficulté, c'est celle-même qui se posa à Husserl : le problème et l'erreur. En effet, l' « élucidation » des structures intentionnelles n'est aucunement leur justification ; la deuxième phénoménologie de Husserl, la phénoménologie constitutive statique, bute sur le problème de l'erreur, parce qu'elle n'a pas assez précisé quelle est cette vérité de l'intentionnalité originaire.

Tous les efforts ultérieurs de Husserl seront dirigés vers l'édification d'une phénoménologie génétique, essayant de constituer génétiquement une évidence originaire qui puisse être vérité et erreur : problème d'allure assez paradoxale, qui trouve cependant une ou plutôt des solutions, soit que la vérité apparaisse comme mouvement temporel et l'erreur « moment de la vérité », soit que la vérité, fondée sur tel donné sensible, s'accommode à un autre donné sensible, soit enfin que la vérité se réfère au mode actuel de l'intersubjectivité pour suivre ses variations. Quoi qu'il en soit, la vérité ne peut être un absolu, mais l'erreur non plus ; l'évidence peut se supprimer, mais toujours en « éclatant » dans une autre évidence. On voit donc assez clairement

les trois directions où s'engagea dans son effort Husserl, tentant de trouver le fondement ultime de l'intentionnalité, soit dans le donné sensible (« Ideen I et II »), soit dans l'intersubjectivité (ainsi les « Méditations Cartésiennes »), soit dans l'histoire (analyse historico-intentionnelle de la « Krisis »), sans céder aux tentations « absolutisantes » du matérialisme dialectique, du sociologisme et de l'historicisme, mais aussi sans pouvoir aboutir à une formulation synthétique du problème.

Il est certain que nous pourrions nous engager dans l'une ou l'autre de ces voies dans le cas de Robert. Ne présente-t-il pas une modification, cérébrale, dont le symptôme « primaire », au sens de Bleuler, serait, dans le langage husserlien, une modification des structures intentionnelles, « processus cérébral », « radicalement inabordable à notre compréhension », pour Jaspers ? Ou bien, Robert souffre-t-il d'une altération originelle de l'autrui, qui le force à interposer entre lui et cet autrui, senti comme redoutable, le barrage protecteur du mot ? Enfin, n'y a-t-il pas chez lui, comme « trouble générateur », une altération du temps vécu, ainsi que le veulent Straus, Minkowski et von Gebsattel : les « dix ans d'état statique » où Robert semble voir l'être de sa maladie n'évoquent-ils pas ce trouble fondamental, ce « Grudgeschehen », cette « inhibition du devenir » que von Gebsattel met à la base de la névrose obsessionnelle ? (16).

Mais la multiplicité même de ces directions d'explication montre que nous n'avons pas saisi dans son fondement ce qu'il y a de pathologique ou simplement d'autre chez Robert. Ce fondement doit justement se signaler par son aptitude à fonder les trois voies précédentes. Ainsi, notre problème se formule maintenant de la manière suivante : quel niveau de réalité psychopathologique justifie à partir de lui-même une appréhension organique, sociologique et historique ? Rappelons-nous ici que l'appréhension organique dont il s'agit revient à une appréhension « fonctionnelle » : comprendre organiquement un malade

(16) Chacune de ces explications pourrait se prévaloir d'une « confirmation » donnée par Robert lui-même. Ainsi vient-il demander l'autorisation d'assister à des dissections « pour bien voir le thalamus et l'hypothalamus qui sont malades » chez lui. Ainsi, dira-t-il un jour : « J'ai toujours été un homme seul, sans camarades..., je jouais seul quand j'étais petit. » On a déjà vu les « dix ans d'état statique ». Les deux dernières « confirmations » paraîtront sans doute plus « sérieuses » que la première. Nous pensons plutôt qu'aucune ne l'est. Certes, il faut croire les malades, mais en ce qu'ils « visent », non en ce qu'ils disent. Signalons d'autre part que l'adoption de l'une ou l'autre de ces voies porterait, dans ce cas-limite, à classer Robert dans un cadre nosologique différent.

c'est comprendre le tableau clinique comme le résultat de l'altération de telle fonction, de telle partie du corps, les fonctions en jeu ici étant les fonctions psychiques. Binswanger a clairement montré, il y a bien longtemps, qu'il n'y a pas de fossé entre le psychisme en tant que « fonctionel » et le corps, au sens des physiologistes, et que le vrai fossé se place entre les « fonctions vitales » (organiques ou psychiques) et ce qu'il appelle la « biographie intérieure ». Nous voulons dire par là que nous pouvons formuler notre problème dans les termes suivants : quel mode d'être humain fonde à la fois les points de vue psychologique (fonctionnel), sociologique et historique, et du même coup supprime les antinomies classiquement irréductibles du sujet et de l'objet, de l'individu et de la société, du présent et du non-présent ? Ce niveau, on le sait, est le niveau existentiel.

La notion d'existence a été élucidée dans la ligne phénoménologique par Heidegger. L'homme est, chez Heidegger, « Dasein », c'est-à-dire être-là, être-dans-le-monde. Plus généralement, sa structure est ex-statique, extase vers les choses, l'autre et le temps. Aussi est-ce simultanément que sont donnés le sujet et la chose, l'individu et la société, le présent et le non-présent (passé ou futur). C'est donc à ce niveau que nous devons étudier maintenant le problème des rapports de l'expérience et de la connaissance, si nous voulons éviter le vieux dilemme stérile du primat de l'intelligence *ou* du primat, plus à la mode de l'affectivité. On sait que, pour Heidegger, l'affectivité et l'intelligence ne sont pas des termes ultimes, mais des modes de l'être-là. L'affectivité dérive du sentiment de la situation (Befindlichkeit), situation qui en dernière analyse est la situation originelle de l'homme, originelle non pas parce que la « plus passée » ou la « plus future » dans une suite chronologique, mais parce que constamment « présente » à l'homme. Cette situation originelle de l'homme réside conjointement dans sa déréliction, son abandon au monde et dans son être-pour-la-mort. Tout affect, même le plus banal, se réfère plus ou moins directement à cette situation originelle. La connaissance, elle, dérive (quelle que soit sa forme ; par exemple, quelle soit compréhensive ou causale) d'un deuxième existential : l'interprétation (das Verstehen) ; l'interprétation est, dans le Dasein, ce qui dit ses possibilités, soit : ce qu'il pourra être, comme le sentiment de la situation dit ce qu'il est, de façon plus ou moins déguisée. On voit assez qu'en ce sens l'interprétation pourrait recevoir aussi bien l'index psychique de l'affectivité comme le sentiment de la situation celui de la connaissance.

Dans une certaine mesure celui-ci dit ce qui est désormais impossible, celle-là ce qui est encore possible.

Ceci nous évoque assez l'existence possible-impossible de Robert. Est-ce à dire que ce que nous avons cru « pathologique » chez lui était justement ce par quoi il est encore « normal » ? Mais ce qui est « pathologique » chez Robert, ce n'est pas la présence du possible et de l'impossible, c'est leur répartition en quelque sorte. Ils coexistent chez l'homme normal, mais pour ainsi dire à part dans les deux sphères séparées d'existence de l'expérience et de la connaissance. Chez Robert, c'est justement parce que ces deux sphères se confondent, parce que l'expérience est prise pour connaissance et inversement qu'il y a anomalie. Certes, l'homme normal est ambigu (et de Waehlens à bon droit appelle la philosophie de Merleau-Ponty une philosophie de l'ambiguïté), mais cette ambiguïté est « tenable », parce que l'homme la résout en domaines séparés.

Nous pouvons vérifier cette conception en examinant le troisième existential heideggerien : la discursivité (die Rede), soit la propriété de modifier soi et le monde ou plus unitairement de modifier les états affectifs et l'interprétation. La discursivité s'exprime dans le langage au mieux (17). Parler c'est modifier et, de par la structure extatique du Dasein, c'est modifier à la fois sujet et objet, individu et autrui, présent et passé-futur. Chez Robert, le langage prend le sens d'une solution de son problème essentiel : être tel et simultanément ne pas l'être. Par le langage, Robert trouve le moyen de ne pas être où il est, de ne pas faire ce qu'il fait, de ne pas voir ce qu'il voit..., d'être perpétuellement ailleurs, autre. Le langage, tel que l'utilise Robert et tel qu'il est quand il est pris seul, réalise la structure même du possible-impossible.

Le mot authentique modifie certes la chose, puisqu'il tend à la faire passer de la sphère de l'expérience à celle de la connaissance et apporte en quelque sorte à l'existence une cohérence interne. Mais le mot, chez Robert, prend un autre sens : la sphère du langage semble diriger les autres sphères d'existence. La modification verbale ne renvoie plus aux structures stables du connu ou de l'éprouvé, le mouvement de renvoi s'inverse : le connu et l'éprouvé chez Robert épuisent tout leur être dans leur discursivité : ils ne sont plus que mots. L'observateur « naïf »,

(17) Mais si le langage est toujours discursivité, l'inverse n'est pas vrai. Nous avons essayé de rattacher plus haut à la discursivité l'action et l'imagination.

dans l'attitude naturelle, dirait volontiers que Robert essaye de faire passer les mots pour les choses, mais il essaye tout autant de faire passer les choses pour les mots : les diagnotics de névrose obsessionnelle ou hystérique, et de psychose schizophrénique, se situant sur chacun des versants de cette attitude naturelle.

Robert se gargarise de mots, il est vantard, manque de sérieux, il a beaucoup trop d'imagination..., il simule inconsciemment la maladie, il exorcise les choses dangereuses avec des mots, il est dissocié..., tout cela est vrai, mais pour chaque appréciation dans le cadre du type de rencontre où elle naît..., et tous ces types de rencontre renvoient à une rencontre originaire où elles puisent leur « part » de vérité ; dans cette rencontre originaire, l'existence de Robert se présente avant tout comme existence discursive. Certes, la discursivité est un existential, c'est-à-dire un trait inaliénable de l'existence humaine ; mais, dans une existence « normale », elle ne joue pas plus qu'un autre existential le rôle de meneur de jeu, car notre cohérence existentielle est en quelque sorte souple. Il semble que l'aliéné doive payer le maintien de cette cohérence par la perte de cette souplesse. Ce n'est pas un hasard si les idées de constitution ou de destin sont nées de la rencontre d'existences plus ou moins anormales. Mais, par là-même, en dessinant sa structure à plus gros traits, l'existence aliénée prend une valeur exemplaire.

*
**

OUVRAGES CONSULTES

Berger (Gaston). — Le Cogito dans la philosophie de Husserl.

Binswanger (Ludwig). — *a*) Sur la phénoménologie (1922), *in* Œuvres choisies, I, Francke, Berne (1947) ; — *b*) Fonctions vitales et biographie intérieure (1928). *Ibidem*, I ; — *c*) Rêve et existence (1930). *Ibidem*, I. Traduction française par J. Verdeaux, avec introduction de M. Foucault, Desclée de Brouwer (1954) ; — *d*) Evénement et expérience. A propos de l'article de même nom de Straus (1931). *Ibidem*, II (1955) ; *e*) Sur la psychothérapie (1934). *Ibidem*, I ; — *f*) Formes fondamentales et connaissance du Dasein humain, Max Niehans, Zurich (1942).

Buytendjik (F. J. J.). — Phénoménologie de la rencontre (traduction), Desclée de Brouwer (1952).

Gebsattel (V.). — Le monde des obsédés, *in* Articles choisis. Prolégomènes à une médecine anthropologique (1954).

Heidegger (Martin). — L'être et le temps (1927). Septième édition inchangée, Max Niemeyer, Tübingen (1953).

HUSSERL (Edmond). — *a*) Idées directrices pour une phénoménologie (Idéen). Traduction française de P. Ricœur, N.R.F. (1950) ; — *b*) Méditations cartésiennes.

JASPERS (Karl). — Psychopathologie générale. Sixième édition, Springer (1953).

KÜHN (Roland). — *a*) Tentative de meurtre d'un sado-fétichiste déprimé sur une prostituée. *Mtschr. f. Neur. u. Psych.*, 116 (1948) ; — *b*) Sur les résultats de l'examen psychiatrique chez les infirmes corporels. *Ibidem*, 125 (1953) ; — *c*) L'homme dans le dialogue du malade et de son médecin et le problème du transfert. *Ibidem*, 129 (1955).

LYOTARD (Jean-F.). — La phénoménologie, P.U.F., Que sais-je ? (1954).

MERLEAU-PONTY (Maurice). — Phénoménologie de la perception, N.R.F. (1945).

MINKOWSKI (E.). — *a*) Le temps vécu, collection de l'*Evolution psychiatrique* (1933) ; — *b*) Phénoménologie et analyse existentielle en psychiatrie. *Evolution psychiatrique*, IV (1948).

POLITZER (G.). — Critique des fondements de la psychologie. I. La psychologie et la psychanalyse, Rieder (1928).

SARTRE (J.-P.). — L'imaginaire, N.R.F. (1948).

TRAN-DUC-THAO. — Phénoménologie et matérialisme dialectique, Ed. Minh-Tan, Paris (sans date).

VAN DEN BERG (J.-H.). — Bref exposé de la position phénoménologique en psychiatrie. *Evolution psychiatrique*, II (1947).

WAEHLENS (A. DE). — *a*) La philosophie de Martin Heidegger. Publications universitaires de Louvain (1955) (quatrième édition) ; — *b*) Une philosophie de l'ambiguïté : l'existentialisme de Maurice Merleau-Ponty. Publications universitaires de Louvain (1951).

L'ASSISTANCE
AUX VIEILLARDS « DIFFICILES »

PAR

M. ZABOROWSKI et M. BONVALET

L'assistance aux vieillards réputés « difficiles » constitue un ensemble de problèmes qui sont posés dans des termes à peu près identiques depuis plus de cent ans. Dès avant 1838, les promoteurs de la loi lançaient l'alarme, et Esquirol constatait l'envahissement des hospices d'aliénés par des malades auxquels ces établissements n'étaient pas destinés, et singulièrement par les vieillards affaiblis intellectuellement. Il écrit (« Mémoire sur cette question : Existe-t-il de nos jours un plus grand nombre de fous qu'il en existait il y a quarante ans ») (1) : « ...Dès qu'un vieillard, homme ou femme, manifeste quelque aberration de l'entendement, dès qu'il tombe en enfance comme dit le vulgaire, il est transféré dans les hospices d'aliénés... », et également : « ...Cette population de vieillards et de paralytiques, cause principale de l'encombrement et de la mortalité des aliénés recueillis dans les hospices de Paris, signalée plus tard dans tous les établissements qui ont été créés ou améliorés dans les départements, s'est accrue si rapidement qu'elle n'était que d'un quart en 1815 et *qu'elle est d'une demie en 1838* (2), tandis qu'elle n'était que d'un dixième il y a cinquante ans. Ainsi, la physionomie des hospices d'aliénés est-elle entièrement changée. On n'y rencontrait autrefois que des maniaques furieux et des monomaniaques plus dangereux encore, tandis qu'aujourd'hui plus de la moitié de leur population se compose d'insensés paralysés ou en démence sénile, et de monomaniaques inoffensifs. ».

Par la suite, ces considérations qui ne débordent généralement

(1) Séance de l'Académie Royale de Médecine, 23 juillet 1926.
(2) C'est nous qui soulignons.

pas le cadre des rapports annuels des médecins des hôpitaux psychiatriques, apparaissent de façon sporadique dans la littérature psychiatrique, et ce problème d'assistance est le plus souvent abordé de façon univoque, sous l'angle de la situation du vieillard vis-à-vis de l'hôpital psychiatrique, et de la dénonciation de l'abus que constitue presque toujours l'internement. C'est évidemment une préoccupation légitime, mais qui par son ancienneté et sa constance donne à penser qu'il s'agit de bien autre chose que d'un simple usage abusif qui pourrait facilement être réprimé. La discussion poursuivie sous cette forme risque de ne point aboutir et mérite d'être élargie par un examen des conditions générales d'une assistance, dont les insuffisances se révèlent depuis toujours par la fréquence de ces internements plus ou moins justifiés.

Est-il possible de donner une définition du vieillard « difficile » ? Les guillemets apposés autour de l'épithète fâcheusement péjoratif témoignent déjà de l'imperfection du terme et peuvent aussi sans doute rendre compte de son utilisation souvent discutable. Aussi bien le vieillard désigné n'apparaît difficile qu'en regard d'une organisation d'assistance qui n'a pas prévu sa place et qui, de ce fait, a souvent favorisé ou provoqué la désadaptation. Ce pourrait être l'expression de la limite des moyens d'assistance actuellement disponibles, et il faudrait dire, ainsi que l'avait proposé Minkowski pour les pervers : « Actuellement et de nos jours » difficiles. On ne pourrait le définir qu'en fonction de la tolérance du milieu d'où il est exclu, et, en se bornant à une simple définition par l'usage actuel : le vieillard difficile est celui que l'on interne.

Il serait donc malaisé d'en chercher la définition dans la nosographie et les catégories cliniques. Ainsi que Ey le fait remarquer, la sénescence peut réaliser toute la gamme des états psychopathologiques, et, l'on peut ajouter, tous les aspects de la désadaptation. Le vieillard difficile se recrute dans toutes les catégories de troubles mentaux et n'est l'apanage d'aucun en particulier. Ce n'est qu'au niveau des conduites et des réactions qu'on peut l'identifier, et celles-ci relèvent tout aussi bien directement du processus démentiel, confusionnel, psychotique, ou de la névrose, que d'une attitude réactionnelle vis-à-vis d'un milieu intolérant ou mal toléré. La difficulté essentielle réside dans la différenciation entre le trouble de l'adaptation réversible par une thérapeutique biologique appropriée, ou un climat psychothérapique favorable, et celui qui n'est qu'un symptôme de chronicité et un signe de déficit global ou focalisé. Tel dément artériopa-

thique incontinent, grabataire, ou agité, pourra présenter ces troubles, soit à titre symptomatique de lésions cérébrales, soit comme de simples manifestations fonctionnelles, ou tout au moins éventuellement réversibles, en partie ou en totalité. Les états confusionnels surajoutés à l'affaiblissement, ceux en particulier qui sont liés à la rétention azotée, et sur la fréquence desquels a insisté Bonnafé, pourront donner lieu à des troubles du comportement adapté, temporaires ou durables, mais, également, et sur le plan fonctionnel pur, on observera les conduites de régression traduisant l'échec de l'adaptation à un entourage ou à un climat éprouvé comme traumatisant, et dont la symptomatologie se superpose à celle qui découle d'un fond déficitaire organique plus ou moins important.

C'est là, semble-t-il, une différence essentielle. Est-ce à dire cependant que seuls ces troubles surajoutés, confusionnels ou fonctionnels soient justiciables d'une attention prophylactique et thérapeutique, et marquent la limite de cette distinction ? Dans l'étude de la longévité intellectuelle, Marchand, en séparant radicalement de la sénilité normale physiologique les processus démentiels séniles et préséniles, et l'artériosclérose cérébrale, maladies hérédo-dégénératives dans lesquelles « la prédétermination l'emporte sur la prédisposition et sur l'action des facteurs extérieurs », n'en admet pas moins, malgré le caractère génétiquement inéluctable de ces maladies, la possibilité d'employer avec succès, dans certains cas, des méthodes psychothérapiques, et, en utilisant par exemple les acquisitions anciennes, d'arrêter la progression de la démence, et même d'obtenir une certaine récupération. De même que l'aptitude à une longévité intellectuelle « reçue en patrimoine génétique » doit, pour pouvoir se réaliser pleinement, être cultivée par l'exercice constant des facultés de l'intelligence, de même les possibilités résiduelles des déments ne devraient pas être négligées. Cette exigence n'est pas inscrite dans l'organisation actuelle de l'assistance et dans bien des cas les vieillards « difficiles » constituent une catégorie artificiellement créée par cette carence.

*
**

L'assistance aux vieillards est prévue par la loi de 1905, également applicable aux infirmes et incurables. La loi de 1838 concerne les vieillards atteints de troubles mentaux. Mais il faut croire que la frontière qui devrait séparer ces deux modes d'as-

sistance est bien difficile à tracer, puisqu'il a paru nécessaire de préciser dans une récente circulaire (24 mars 1956) : « Il est bien évident que seuls les vieillards atteints de troubles mentaux doivent être placés dans les hôpitaux psychiatriques. » Mais s'agit-il, dans les faits, d'une telle évidence — on verrait mal l'opportunité d'un texte rappelant les mêmes prescriptions pour les adultes — et ne pourrait-on trouver dans la nécessité de cette mise au point, faite après 118 ans d'application, la preuve de l'insuffisance d'un système, bien qu'un correctif tranquillisant, dont il est difficile de partager l'optimisme d'inspiration purement arithmétique, précise que : « ...dans l'ensemble de la France le pourcentage des lits occupés par les vieillards dans les hôpitaux psychiatriques correspond au coefficient représentant le nombre des personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population française ». Rappelons seulement qu'il y a 50 ans, la circulaire Clemenceau (1906) énonçait déjà les mêmes obligations et enjoignait aux préfets de faire sortir des hôpitaux psychiatriques les vieillards affaiblis « qui ne sont pas à proprement parler des aliénés », l'opération étant rendue possible, était-il précisé, par l'application de la loi de 1905 récemment promulguée. Et cependant, six ans après (1912), F. Adam notait dans sa thèse : « La loi de 1905 n'a à peu près nulle part fait diminuer le nombre d'internement des vieillards. »

Ainsi, la loi de 1905 n'a pas rempli le rôle qui lui était dévolu. Il ne s'agit donc plus de chercher à faire entrer, par de subtiles distinctions cliniques, les veillards assistés dans deux cadres législatifs, dont la dernière circulaire vient, après bien d'autres, affirmer implicitement la faillite, mais il conviendrait au contraire d'adapter une assistance aux besoins réels des vieillards, en recherchant tout d'abord les causes générales de l'échec du système.

*
**

L'hospice tel qu'il est actuellement conçu n'apporte pas au vieillard des éléments susceptibles de nourrir et de faire durer harmonieusement la vieillesse, lorsque les nécessités économiques, les infirmités physiques, les déficiences organiques et intellectuelles viennent limiter son indépendance. Aucune des instances positives de la vieillesse ne peut trouver de possibilités d'investissement dans un climat qui constitue une rupture aussi complète avec le milieu et le mode de vie antérieur. Cette prise

en charge par la collectivité, qui se traduit par une exclusion du groupe social et par l'obligation d'une vie communautaire dans une promiscuité de déchéance légalisée et réglementée, s'inscrit contre toutes les virtualités d'épanouissement propres à la vieillesse qui ne peut dans un tel climat réaliser son évolution normale. A l'époque où se réduisent les possibilités d'adaptation aux situations nouvelles, mais où s'approfondissent certaines capacités intellectuelles de compréhension et de synthèse, assurant aux vieillards une place dans l'équilibre social, l'aspect négatif de cette forme d'assistance, en exigeant une impossible adaptation à des conditions de vie anormales et en affirmant l'exclusion et la déchéance, réalise au mieux des conditions pathogènes.

Il en est de même lorsqu'il existe une détérioration mentale plus ou moins importante, qui réduit encore les capacités d'adaptation à une société hospitalière dépourvue généralement de direction médicale et qui tend à aggraver le déficit au lieu de le prévenir ou de le fixer. Le plus souvent, toute prophylaxie des conduites anormales est absente de l'organisation hospitalière qui se borne à endiguer par des palliatifs mal adaptés, et dans la limite de sa tolérance, tout ce qui pourrait rompre l'ordre routinier et la discipline imposée par des conditions matérielles le plus souvent archaïques et l'absence quasi-totale de personnel qualifié. L'incontinence, l'état grabataire, par exemple, sont non seulement favorisés, mais pratiquement imposés par l'usage de « lits de gâteux » d'où rien ne vient extraire le vieillard, économisant ainsi l'attention d'un personnel insuffisant en quantité et en qualité. Cette absence de climat médical ne permet pas de prévenir, de limiter ou de réduire les épisodes confusionnels aigus ou subaigus, les troubles de la conduite adaptée, l'incontinence, la turbulence, l'agitation, les troubles de l'humeur et du caractère, les réactions bruyantes, coléreuses, impulsives, agressives, les attitudes d'opposition, le refus d'aliment, le désordre des actes, l'égarement, l'errance, etc..., voire même de diagnostiquer une aphasie, une apraxie. C'est toute cette variété de troubles qui constituent ce que l'on doit entendre administrativement par « troubles mentaux des vieillards », et qui en tout cas motivent le transfert à l'hôpital psychiatrique. Bonnafé remarque que ce n'est actuellement qu'à l'hôpital psychiatrique, et dans la mesure des possibilités techniques, que peuvent être appliqués les règles prophylactiques et les traitements biologiques et psychothérapiques appropriés. On peut en effet confirmer ce point de vue par l'expérience maintes fois renouvelée du vieil-

lard « difficile » à l'hospice qui devient, parfois dès son arrivée à l'hôpital psychiatrique un vieillard paisible et qui, rendu à l'hospice, redevient « difficile » sans même que soit justifiée l'accusation souvent portée d'une allégation majorée des réactions dans le certificat d'internement. Il faut, pour Bonnafé, se résoudre, en conséquence, à admettre la nécessité pour l'hôpital psychiatrique « enfermé... dans un destin qu'il récuse », d'assumer un rôle qu'il est seul, dans l'état actuel des choses, à pouvoir remplir, avec les imperfections que l'on sait, et au détriment de sa propre organisation. Cependant, les protestations des psychiatres devant l'envahissement de leur service par des vieillards certifiés difficiles seraient-elles réellement inutiles tant qu'une refonte complète de l'assistance n'aurait pas résolu ce problème ?

A vrai dire, au moment où l'on s'interroge sur la réorganisation de l'assistance psychiatrique en général, où des projets de construction de nouveaux hôpitaux, et d'aménagement d'anciens établissements entrent dans la voie des réalisations, ne serait-il pas souhaitable que soit envisagé autre chose que la reconduction pure et simple d'un ancien passif, et que les exigences de l'assistance aux vieillards « difficiles » soient nettement posées ? Sans doute l'opinion générale admet-elle que ce n'est pas au niveau de l'hôpital psychiatrique que se situe le problème, mais au niveau de l'hospice jugé insuffisant, et que si de trop nombreux vieillards sont actuellement internés, ce n'est pas une refonte de l'hôpital psychiatrique qui pourra résoudre cette situation. Mais les prévisions quantitatives de constructions et d'aménagement ne seraient-elles pas toutes différentes si l'on individualisait nettement la gériatrie des autres disciplines ? De toute façon, même si l'on constate que c'est actuellement à l'hôpital psychiatrique que les vieillards sont le moins mal soignés, cela ne devrait pas impliquer l'acceptation d'une situation, dont le développement doit logiquement aboutir à l'internement de tout vieillard atteint d'affaiblissement intellectuel, si léger soit-il, et qui est susceptible même d'encourager la pratique trop souvent répandue qui consiste à interner d'office des vieillards moribonds, présentant un état confusionnel terminal... Enfin, ne peut-on insister sur le retentissement affectif que risque d'avoir l'internement d'un vieillard, pour lui-même, lorsqu'il est conscient du lieu où il se trouve, pour sa famille qui éprouve cette situation comme une déchéance et, bien souvent, comme un handicap génétique. Concrétiser, par l'internement, l'aliénation d'un vieillard, risque de faire peser lourdement sur la descen-

dance la crainte redoutable d'une hérédité psychopathique, dont les répercussions sociales sont souvent observées. Il nous est arrivé de recevoir des lettres dont le contenu peut être ainsi schématisé : « Ma fille doit prochainement se marier, et j'apprends que la grand-mère de son fiancé aurait été internée à X. Pouvez-vous me dire, sous le sceau du secret, si..., etc. », question posée, soit directement par une famille inquiète, soit par l'intermédiaire du médecin de famille qui n'a pu se récuser, mais qui comprendra qu'on ne peut y répondre.

*
**

L'accusation le plus souvent portée à l'endroit des hospices est celle d' « intolérance », et ce sont généralement les hospices de petite capacité qui sont l'objet de cette réprobation. Or, c'est précisément dans ces établissements que le climat apparaît comme le moins pathogène et le moins désocialisant. Mais il est certain que l'hospice bien tenu l'est souvent au détriment de sa tolérance et l'on arrive à ce paradoxe que ce sont dans les établissements où les vieillards sont le mieux soignés que l'on admet le moins ceux qui précisément ont besoin de soins, car ils risquent d'apporter une perturbation, de compromettre, par leur présence, la quiétude des autres pensionnaires, et enfin, surtout, d'entraîner des dépenses budgétaires supplémentaires. Si donc leur climat est excellent, ils le doivent moins à une organisation et à un équipement convenable qu'à une sélection qui élimine tout ce qui précisément demanderait un équipement et une organisation. Ceci, bien entendu, n'ayant rien d'absolu, et l'on connaît des établissements — trop rares — où la tolérance est le fruit d'une organisation supprimant les causes de troubles et d'inadaptation.

Cette sélection, qui s'opère au niveau de l'hospice, se montre actuellement de plus en plus exigeante avec l'afflux d'une clientèle qui s'accroît sans cesse parallèlement à l'évolution démographique, à l'augmentation de la longévité et au vieillissement de la population. Les conditions économiques également n'y sont pas étrangères, sans qu'il soit nécessaire, comme le souligne Bonnafé, d'incriminer une prétendue « baisse de l'esprit de famille » déjà invoquée du temps d'Esquirol. Il s'agit là de questions d'ordre très général, touchant à l'ensemble de la législation sociale, au problème du logement, et aux conditions de vie.

L'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique s'effectue généralement par voie de placement d'office, lorsque le vieillard est transféré de l'hospice ou de l'hôpital général. Lorsqu'il existe dans l'hôpital un service de neuro-psychiatrie, il constitue le plus souvent une brève étape intermédiaire, et, par sa faible capacité, ne peut servir qu'à cautionner et entériner la décision d'internement que l'exclusion de l'hospice, ou du service de médecine générale, rend déjà inévitable.

Il est bien certain que dès que le vieillard dépasse le stade d'un affaiblissement intellectuel léger, et présente le tableau de la démence sénile ou artériopathique, il pose à l'hospice des problèmes particuliers. Il s'agit, en plus des soins dont il devrait pouvoir bénéficier, de lui assurer une surveillance destinée moins à préserver autrui de ses réactions éventuelles qu'à lui assurer *une protection contre lui-même*. Lorsqu'il s'agit des formes de démence apathique, la difficulté n'apparaît pas, mais dans tous les autres cas la question doit être posée. On doit admettre, dit H. Beaudouin, « que cette définition les éloigne des prévisions légales de 1905, et les rapproche des conditions du bénéfice de la loi de 1838 ». « Si, ajoute H. Beaudouin, l'internement d'office reste le plus souvent injustifié à l'égard de ces sujets, le cadre de l'hôpital psychiatrique, ou la formule hôpital-hospice (spécialisé), paraît bien leur convenir », et les critiques ne paraissent s'appliquer qu'au régime juridique du placement d'office. Le problème juridique se situe en effet sur le point précis de l'entrave à la liberté du malade décrétée dans son intérêt, et qui n'est pas légalement du ressort de la loi de 1905. C'est ainsi qu'en 1912, R. Mignot, dans un rapport inédit, cité par F. Adam, concluait que la décision d'internement ne devrait intervenir qu'à la condition qu'il devienne nécessaire d'employer des moyens de contrainte « légitimes seulement à la suite d'un placement en vertu de la loi de 1838 ». Si l'on se réfère à un tel critère, l'on peut penser que, par suite des progrès techniques réalisés, bien peu de vieillards actuellement dans les hôpitaux psychiatriques remplissent ces conditions. Cela ne concernerait en tout cas que certaines psychoses délirantes, les mélancolies séniles, les états confusionnels, les errances confuso-démentielles — ceux à qui l'on ne peut laisser la liberté de franchir la porte de l'établissement — et les états d'agitation, dont le nombre se voit de plus en plus réduit, et que l'on peut espérer voir complètement disparaître dans un service non encombré et normalement équipé.

Le règlement modèle de 1838 avait prévu qu'il pouvait être annexé à l'hôpital psychiatrique, dans des établissements entièrement distincts et pourvus d'une entrée indépendante, un service ouvert destiné au traitement des maladies mentales, ainsi qu'à l'hospitalisation *des vieillards difficiles,* enfants anormaux, épileptiques non aliénés, etc... H. Beaudouin souligne que cette formule paraît ne pas avoir été mise en application, et ajoute qu'elle ne serait peut-être pas exempte d'inconvénients.

On sait que la circulaire du 24 mars 1956 prend nettement position contre la création d'hospices spécialisés et prévoit, dans le programme de construction et d'aménagement des hôpitaux psychiatriques, l'organisation de services particuliers destinés aux vieillards « atteints de troubles mentaux ». Ce texte, qui repousse toute organisation ségrégative, estime que les conditions de soins qui relèvent des thérapeutiques psychiatriques ne peuvent être trouvées que dans le cadre de l'hôpital psychiatrique.

Il y a là une nette évolution, puisque les problèmes que pose la psychiatrie gériatrique sont individualisés et font l'objet de préoccupations spéciales. Mais cela ne résout pas la question controversée de l'internement des vieillards, dont les limites restent aussi imprécises qu'elles l'étaient autrefois. Bien que le texte ne précise pas le régime juridique de ces services de psychiatrie gériatrique, il peut sembler qu'il encourage une politique qui tend de plus en plus à lier la notion imprécise de « troubles mentaux des vieillards » à celle d'internement, en laissant la possibilité de faire entrer dans ce cadre toute déficience intellectuelle de la vieillesse, si minime soit-elle, pourvu qu'il soit nécessaire de prendre à son égard une attitude psychiatrique. Ces dispositions laissent le champ libre à la notion d'hospices « tolérants » destinés aux déficients « légers », auxquels il est implicitement refusé toute ingérence psychiatrique et qui seraient donc ce qu'ont toujours été certains d'entre eux, — généralement de grande capacité —, c'est-à-dire des établissements où la surveillance médicale n'est qu'accessoire.

Il est évident d'autre part que la formule d'hospice « spécialisé », que d'aucuns préconisent, mais qui est repoussée par la circulaire du 24 mars 1956, devrait, en ce qui concerne les vieillards, satisfaire à certaines conditions. Si l'on peut admettre que certains malades adultes chroniques et inadaptés sociaux inoffensifs puissent tirer bénéfice d'une assistance plus libérale que l'internement dans un cadre d'où les techniques psychiatriques ne seraient pas absentes, et où un réel effort de réadaptation

pourrait être poursuivi, on peut considérer également que de tels établissements ne serviraient qu'à désencombrer l'hôpital psychiatrique, et que les problèmes qui concernent cette catégorie de malades seraient simplement déplacés, avec le seul bénéfice supplémentaire d'une assistance libérale, qui pourrait aussi bien, grâce aux tendances évolutives actuelles, s'instituer dans le cadre même de l'hôpital psychiatrique. Mais les vieillards « difficiles » demandent un autre type de spécialisation hospitalière, entièrement distincte, et remplissant des conditions telles que le déplacement de l'hôpital psychiatrique vers l'hospice « spécialisé » ne les remette pas, en pratique, dans une situation identique, avec, en moins, la protection de la loi de 1838. L'hospice gériatrique « spécialisé » ne pourrait remplir un rôle efficace qu'à la condition qu'il ne constitue pas un exutoire au trop-plein des hospices, sans que s'exerce le frein — même relatif — de l'internement, et qu'il puisse offrir d'autres possibilités que l'actuel hôpital psychiatrique qui est pratiquement, pour les vieillards, une voie de garage, sans espoir de retour, après la rétrocession des troubles transitoires surajoutés à l'affaiblissement simple.

*
**

Les hygiénistes préconisent depuis longtemps la création d'hôpitaux gériatriques. Il s'agit d'une spécialisation hospitalière, dont le besoin se fait impérieusement sentir, et qui pourra traiter, dans des conditions convenables, les affections somatiques et les troubles mentaux rapidement curables. Cela permettrait, soit de replacer le vieillard dans son milieu familial et social, soit de poser l'indication du placement qui lui convient exactement. Sans vouloir faire renaître à propos de la gériatrie une querelle analogue à celle qui opposa par exemple pédiatrie et neuro-psychiatrie infantile, qui ont finalement trouvé leurs places respectives, on doit concevoir qu'à côté de la médecine gériatrique proprement dite, et des disciplines de pathologie générale, d'hygiène, de diététique et de spécialités diverses, la collaboration psychiatrique doive jouer un rôle de premier plan dans la prophylaxie des troubles mentaux aigus et subaigus, et des troubles de l'affectivité. L'observation, pouvant être effectuée dans de bonnes conditions d'hospitalisation et d'entourage, permettra l'établissement d'un bilan, l'estimation du degré réel de détérioration, et des capacités résiduelles d'adaptation, et une

répartition judicieuse dans les organismes de soins et d'assistance correspondants.

En dehors de l'assistance à domicile, et de l'organisation de « foyers » par quartiers, qui devraient être développés le plus possible, il faudrait, à côté de l'hôpital gériatrique, prévoir trois sortes de formations :

1° Etablissements pour vieillards ayant conservé un niveau de sociabilité, et capable d'une certaine autonomie leur permettant de subvenir à leurs besoins élémentaires (alimentation, toilette). Leur équipement devra permettre de préserver au maximum l'individualité de chacun (pavillons de petite capacité, de style « village », chambres individuelles avec mobilier personnel, petits ménages) et fournir des possibilités de vie sociale, d'activité et de distraction ; une surveillance psychiatrique minimum s'y exercera par des consultations.

2° Etablissements pour vieillards déficients ayant besoin d'une aide constante pour tous les actes élémentaires de la vie, et qui recevront les états démentiels plus ou moins profonds à forme calme et apathique. Ces établissements, situés à proximité de l'hôpital gériatrique, devront fonctionner sous une surveillance psychiatrique assidue s'exerçant par des visites fréquentes et régulières, et comporter un maximum d'équipement et de spécialisation du personnel afin que puisse s'y exercer une activité prophylactique et thérapeutique efficace, les différenciant radicalement de l'hospice « tolérant ».

3° Des services de psychiatrie gériatrique régis par la loi de 1838, destinés à traiter les troubles confusionnels, les psychoses délirantes, les mélancolies séniles, les démences agitées, les troubles caractériels graves, et constituant soit une unité de soins à l'hôpital psychiatrique, soit un service « fermé », à direction psychiatrique, annexé à l'hôpital gériatrique où le vieillard sera replacé dès que l'internement ne sera plus nécessaire.

Dans l'ensemble de ces établissements, le recrutement du personnel pose des exigences particulières. Il s'agit d'une véritable spécialisation qui demande non seulement une formation, mais certaines dispositions psychologiques. Il est nécessaire de sélectionner, parmi un personnel qualifié, ceux qui manifestent des aptitudes particulières à soigner les vieillards.

La situation juridique des vieillards assistés constitue une des pierres de touche de toute réforme de l'assistance. Ce problème n'est pas particulier aux vieillards difficiles, mais intéresse tous les

déficients mentaux non internés et non interdits. On ne peut en aucune façon souscrire à l'opinion de ceux qui estiment suffisantes les dispositions du Code civil pour protéger juridiquement les malades mentaux en général. C'est pourquoi, en l'absence d'une législation particulière, H. Beaudouin estime que « si les vieillards réclament une place à part dans l'organisation hospitalière, on devrait cependant recourir jusqu'à nouvel ordre au bénéfice des dispositions légales de 1838 en limitant l'utilisation de ces services aux cas relevant du placement volontaire. »

Dans la pratique, le souci de la protection des biens, et du bénéfice de l'article 39 (possibilité de demander l'annulation des actes) n'intervient généralement pas dans les considérations qui motivent la demande d'internement, — et pourrait même parfois jouer en sens inverse, justement dans les cas où la protection serait nécessaire —, et un très grand nombre de vieillards déficients, hospitalisés ou non, sont privés d'une protection dont ils auraient besoin. Cette question ne peut évidemment être résolue que dans le cadre d'une législation, — jugée indispensable par de nombreux auteurs —, prévoyant largement la protection tutélaire de tous les déficients mentaux que des motifs médico-sociaux éloignent du bénéfice de la protection prévue par la loi de 1838.

Au terme de cette brève étude (3), l'on peut conclure sur la nécessité de créer une véritable assistance gériatrique capable de faire face aux exigences de cette spécialité au sein de laquelle la psychiatrie gériatrique doit avoir une large place. L'assistance aux vieillards déficients n'appartient pas qu'à la psychiatrie et ne relève pas uniquement de l'internement même sous forme de placement volontaire. Il est à craindre que les dispositions, — par ailleurs louables —, tendant à créer à l'hôpital psychiatrique des services de psychiatrie gériatrique ne fassent que perpétuer et développer d'anciens abus si d'autres formations d'assistance ouvertes à la discipline psychiatrique ne viennent limiter leur utilisation, en exerçant une prophylaxie qui doit supprimer la catégorie artificiellement créée des vieillards « difficiles ». La gériatrie est une des multiples occasions que peut avoir la psychiatrie de sortir de l'hôpital psychiatrique pour empêcher, par son action prophylactique, qu'il soit nécessaire d'avoir recours à lui.

(3) Prochainement développée dans la thèse de l'un de nous.

BIBLIOGRAPHIE

Adam (F. X.). — Les internements abusifs. *Thèse de Lyon*, 1912.

Benoiton (J.), Gest et Creach. — L'internement abusif des vieillards. *Annales médico-psychologiques*, juin 1955.

Bersot (H.). — L'influence du vieillissement de la population sur la population des hôpitaux psychiatriques en Suisse. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Rennes, juillet 1951.

Bonnafé (L.), Tronche (J.) et Calvet (J.). — Sur l'importance des troubles mentaux de la sénilité. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Rennes, juillet 1951.

— Sur la genèse des troubles mentaux de la sénilité. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Rennes, juillet 1951.

— L'Hospice de vieillards, instrument de démentiation. Vers une conception nouvelle de l'organisation gériatrique. *Revue de l'Econome*, n° 208, novembre 1952.

Briau (R.). — Quelques réflexions sur le problème de la vieillesse. *Annales médico-psychologiques*, février 1952.

Hollis E. Clow. — Individualizing care of the aging. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 4, octobre 1953, n° 296.

Daric (J.). — Le vieillissement de la population en France. *XXXV^e Congrès d'Hygiène*, Paris, octobre 1955.

Dublineau (J.). — Réflexions sur la psychologie de la sénescence. *Annales médico-psychologiques*, mars 1948.

— Influence de la sénescence sur l'activité mentale et la psychologie de la vieillesse. *Journées pour l'étude scientifique du vieillissement de la population*, 22, 23, 24 avril 1948, fascicule III.

Ginzberg (R.). — Geriatric ward psychiatry ; techniques in psychological menagement of elderly psychotics. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 4, décembre 1953, p. 460.

Henne (M.). — A propos d'une sortie après 64 ans d'internement (Réflexions sur la circulaire du 24 mars 1956). *Annales médico-psychologiques*, juillet 1956.

Marchand (L.). — De la longévité intellectuelle. Considérations anatomo-biologiques. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1953.

Minkowski (E.). — Aspects psychologiques de la vieillesse. *Evolution Psychiatrique*, janvier-mars 1951.

Raynier (J.) et Beaudouin (H.). — L'Assistance psychiatrique française, T. III, p. 445.

Wibaux (R.). — Conception nouvelle des Hospices de vieillards et Maisons de retraite. *Revue de l'Econome*, n° 202, mai 1952.

Wibaux (R.) et Huet (J. A.). — Mesures médico-sociales à prendre en faveur des gens âgés. *XXXV^e Congrès d'Hygiène*, Paris, octobre 1955.

LE DETERMINISME NEURO-ENDOCRINIEN DE LA SECRETION LACTEE

PAR

LOUIS S. COPELMAN (Bucarest)

Descartes avait raison d'affirmer qu'en philosophie il y a peu de choses dont on ne discute. L'aphorisme garde sa validité de nos jours encore et surtout dans le domaine des rapports entre le système neuro-glandulaire et la sécrétion lactée. M. Paul Abély retient, dans une communication récente, que l'origine d'une galactorrhée anormale peut être consécutive, soit à une insuffisance utéro-ovarienne avec chute importante des œstrogènes, soit à un bouleversement pluri-endocrinien profond, souvent d'origine cortico-surrénalienne primitive, soit enfin à une étiologie médicamenteuse.

Le problème de la physiologie mammaire est, hors de contexte, à l'ordre du jour. M. L. Donatelli envisage les facteurs hormonaux responsables de l'excitation et de l'inhibition de la sécrétion lactée. Fred-Emile Ebel nous présente dans son travail inaugural (Strasbourg, 1956) trois formes de galactorrhée de nature névrotique, tandis que A.-J. Bret et J. Sénèze trouvent aussi bien dans l'interprétation de l'hypogalactie que dans la nature des galactorrhées, peu de résultats pratiques, hormis le traitement de l'engorgement mammaire par l'ocytocine hypophysaire.

Le débat reste donc ouvert et nous présentons trois séries de documents sur le déterminisme neuro-endocrinien de la sécrétion lactée. Il est important de rappeler que l'école de Pavlov a démontré le rôle de l'activité nerveuse supérieure dans le fonctionnement hormonal.

Notre étude portera sur les phénomènes suivants :

Ann. méd.-psych., 115e année, t. I. — Février 1957.

I. — Les interférences affectives dans les galactorrhées-aménorrhées.

II. — L'arrêt de la sécrétion lactée à la suite d'un déclenchement nerveux.

III. — La gynécomastie associée avec des troubles neuromusculaires.

I. — Les interférences affectives dans les galactorrhées-aménorrhées

S'il revient à Léopold Lévy le mérite d'avoir donné le terme d'endocrinologie, en 1911, en revanche la science des sécrétions internes est de beaucoup plus ancienne. Hippocrate de Cos déclare notamment : « Les mois où le flux menstruel est arrêté, des crises d'épilepsies peuvent surgir, avec le gonflement des seins ; la guérison est conditionnée par le retour des règles. » L'assertion est exacte. M. Paul Abély constate que « dans 80 % des cas de psychose du post-partum existait encore une abondante sécrétion lactée. On ne peut jamais affirmer une guérison totale, tant que cette sécrétion n'est pas entièrement tarie ».

Surprenante apparaît aujourd'hui la remarque d'Aristote : « Une femme ne peut pas allaiter et avoir en même temps une menstruation normale » (*bene menstruari*, dans le texte latin).

Pour le fondateur de la logique, il est inexplicable que la grossesse doit durer neuf mois ; il est aussi difficile à expliquer pourquoi le fruit du châtaignier succède six mois après la fleur, celui de la pomme après quatre mois, tandis que le cerisier n'attend que six semaines.

Aristote ajoute que le flux menstruel diminue chez les animaux obèses ou aux poils abondants. (*De Historia Animalium*).

Confirmant l'intuition du philosophe stagyrite, Chiari et Frommel ont décrit, au milieu du siècle dernier, un complexe de galactorrhée-aménorrhée, dont l'apparition est possible en dehors de toute grossesse, et même chez la vierge. Il s'agit d'un fait paradoxal, pour Bret et Sénèze, car il existe une véritable sidération fonctionnelle du système hypophysaire gonadotrope et, cependant, la sécrétion lactée continue. On a pu invoquer l'existence d'un hypercorticisme, résultant d'une sécrétion excessive d'A.C.T.H.

De nos propres recherches, il résulte le rôle important du système nerveux et de ses répercussions sur l'appareil hypothalamo-hypophysaire. Voici les faits :

a) La malade S..., étudiée en collaboration avec le Dr S. Copelman et Félicia Novac, présente, à l'âge de 34 ans, un syndrome Chiari-Frommel, qui date depuis l'âge de 22 ans, donc depuis 1944. Le syndrome a fait son apparition pendant la phase menstruelle qui détermine, on le sait, un état d'infériorité hormonale, à la suite d'une émotion intense, causée par les bombardements aériens.

De constitution hypophysaire, la malade présente une obésité, qui intéresse la face et le tronc, et respecte les membres.

Une légère hyperglycémie et des vergetures dirigent notre attention vers la selle turcique, qui se trouve dans les limites supérieures de la normale (Dr O. Meller).

b) L'étiologie neuro-endocrinienne se montre avec la même clarté chez une jeune femme, médecin, aujourd'hui âgée de 30 ans, qui subit à 19 ans un syndrome aménorrhée-galactorrhée, causé par un choc affectif (le départ de son fiancé). On trouve le taux des F.S.H. inférieur à 5 unités souris (Dr O. Rodan), atrophie utéro-ovarienne (examen du Dr Ionel Anghel), obésité progressive, le métabolisme de base diminué de 18,9 % (étudiée en collaboration avec les Drs I. Cantacuzène et I.-D. Goresco).

II. — L'arrêt de la sécrétion lactée à la suite d'un déclenchement nerveux

La triste expérience hitlérienne nous a révélé, chez les déportées des camps allemands de concentration, l'existence d'un syndrome neuro-ergonal, manifestée par aménorrhée, obésité paradoxale et atonie intestinale, confirmée par le professeur Paul Funck-Brentano, dans son rapport à la Sorbonne, octobre 1954. « Notre pratique endocrino-gynécologique du temps de paix nous inciterait à établir une relation de cause à effet entre la suppression des règles et l'obésité. Copelman ajoute aux deux éléments du syndrome l'atonie intestinale avec mégacôlon, dolichocôlon et distension abdominale. Il y voit la triple manifestation d'un syndrome psychosomatique à point de départ hypothalamique. » La plupart des femmes ont vu la sécrétion lactée s'arrêter les premiers jours de l'internement ou pendant le voyage au camp.

Ce qui rend plus certain le vers de Georges Cosbuc (1866-1918) : « Le flot du lait, par les amertumes de la vie, s'est arrêté. » Les facteurs psychologiques agissent par l'intermédiaire du système nerveux, et surtout de la zone hypothalamo-hypophysaire. « Car il semble bien que se situe dans ce carrefour psycho-physiologique, à bases biologiques évidentes, la clef, explication de

beaucoup de troubles fonctionnels » (Paul Abély), « les régulations hormonales du comportement (endocrino-psychologie) », de Henri Piéron.

Des contributions importantes à ce sujet ont été apportées par le professeur C. I. Parhon et ses élèves, St. M. Milco, M. Pitis, Gh. Werner, etc.

III. — La gynécomastie associée avec des troubles neuro-musculaires

La coexistence de la gynécomastie, avec les troubles du développement neuro-musculaire, isodactylie et retard dans la formation psychologique, démontre d'une manière quasi-expérimentale les intrications neuro-glandulaires de la physiologie de la glande mammaire. D'ailleurs, avec les docteurs Mircea-Baciu, M. Wiesental et Const, Marinesco, nous avons décrit des dystrophies ostéo-génitales, avec la participation incontestée de l'activité nerveuse supérieure, sur le principe du synergisme pathomorphique décrit par le professeur Emile Cracium. Une thérapeutique hormonale a été même suggérée dans les maladies des os, des articulations, avec gynécomastie.

Ce qui nous permet de conclure, d'accord avec M. Paul Abély, que l'examen systématique du système nerveux est obligatoire dans les troubles de fonctionnement de la glande mammaire.

Résumé

Les récents travaux de Paul Abély, Eugène Aburel, Murray L. Barr, Emile Cracium, Pierre Delore, Louis Grollet, C. I. Parhon, etc., ont mis en lumière les intrications neuro-hormonales de la sécrétion lactée.

L'auteur apporte, en collaboration avec les docteurs S. Copelman, F. Novac, M. Wiesental, I. Goresco, des documents anatomocliniques démontrant le rôle de l'activité nerveuse supérieure. Trois séries de faits sont analysées : 1) Les interférences affectives dans les galactorrhées-aménorrhées (apparition du syndrome Chiari-Frommel à la suite des incidences psychologiques). 2) L'arrêt de la sécrétion lactée chez les déportées des camps allemands de concentration. 3) La gynécomastie associée avec les troubles neuro-musculaires.

L'examen du système nerveux devient obligatoire devant un fonctionnement anormal de la sécrétion lactée.

BIBLIOGRAPHIE

Abély (Paul). — Les névroses et les psychoses du post-abortum. Leur importance et leur fréquence. *Annales médico-psychologiques*, T. I, n° 3, 1956.

— La fonction de la lactation et ses incidences psychiatriques. *Annales médico-psychologiques*, T. I, n° 5, 1956.

Aburel (Eugène) et Petresco (V.). — L'infiltration du ganglion cervical supérieur dans les hypogalacties. *Medicina Romana*, 1953.

Barr, Murray (L.). — The sex chromatin and its application. *Modern Trends in Obstetric and Gynaecology*, 1956.

Bret (A. J.) et Senèze (J.). — Physiologie de la lactation. *Presse Médicale*, 1956, 64, 71.

Copelman (S. Louis). — L'aménorrhée des déportées, syndrome neuro-ergonal. *Congrès de Pathologie comparée de Luchon*, 1948.

Copelman (S. Louis) et Baciu (Mircea). — Gynécomastie avec troubles de développement du membre supérieur. *Biotypologie*, 1954.

Cracium (Emile). — Le synergisme pathomorphique. *Revue de Morphologie de Bucarest*, 1956.

Crainicianu (A.) et Copelman (S. Louis). — L'action de l'insuline sur le cycle ovarien. *C.R. Soc. Biologie Paris*, 1937.

Delore (Pierre) (Lyon). — Echologie et Médecine préventive. *Congrès de Montecattini*, 1956.

Donatelli (Leonardi). — I farmaci della ghiandolla mammaria. *Terapia*, 319, 1956.

Ebel (Fred Emil). — Galactorrhée et syndrome Chiari-Frommel. *Thèse de Strasbourg*, 1956.

Funck-Brentano. — Pathologie gynécologique des déportées. *Congrès des Déportés*, 1954, Sorbonne.

Grollet (Louis) et Montaugé (J. de). — Colposcopie de dépistage, 1956, 1 vol.

Kreindler (A.). — Epilepsia, 1 volume, 1956.

Parhon (C. I.), Goldstein (M.) et Milco (St.). — Traité d'Endocrinologie, 3 volumes.

Pavlov (I. P.). — Les réflexes conditionnels, 1 volume.

— La physiologie du cerveau. *Medicina Romana*, 1950.

Piéron (Henri). — Des relations entre la psychologie et la physiologie et du domaine propre de la psychophysiologie. *Journal de Psychologie normale et pathologique*, oct. 1954.

Selye (H.). — Textbook of Endocrinology, 1 vol., 1948.

Schachter (M.) (Marseille). — Infirmes et dysplastiques à la lumière du test de Rorschach. *Rorschachiana*, 1950.

Simon (I.). — Moïse Maimonide hygiéniste. *Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française*, 1955.

Simonnet (H.). — L'Hormone folliculaire, 1 vol., 1940, Masson et C^ie^.

Speranski. — Les bases de la Médecine expérimentale, 1 vol., 1948.

Vokaer (R.). — Thérapeutique hormonale en gynécologie et obstétrique, 1 vol., Masson et C^ie^ éditeurs, 1956.

Zondek (H.). — Les maladies des glandes endocrines, 1 vol., 1940.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 28 janvier 1957

Présidence : MM. J. BONHOMME, ancien président et A. BOREL, président

Allocution de M. J. BONHOMME, président sortant

Mes chers collègues,

Au terme du mandat que vous m'aviez fait l'honneur de me confier, je suis heureux de vous exprimer mes sincères remerciements pour la facilité avec laquelle a été accomplie, grâce à vous, cette année de présidence. Mais je dois vous avouer, vous vous en doutez déjà, que le rôle très honorifique du Président n'a qu'un rapport lointain avec l'importance de celui du secrétaire général. C'est lui la cheville ouvrière, et je suis sûr d'être votre interprète à tous, en félicitant et en remerciant mon ami Paul Abély, qui remplit si magnifiquement son rôle.

L'activité de notre Société, qui s'est affirmée par le nombre et la qualité des communications, a prouvé sa vitalité. Cette jeune centenaire continue à être le reflet exact des recherches de la psychiatrie française.

Mon âge m'a permis de connaître un temps où il n'en était pas ainsi. Nos réunions étaient de courte durée, les communications, peu nombreuses, n'entraînaient que rarement des discussions un peu serrées. Les jeunes internes, en particulier, désertaient cette salle vénérable. Plusieurs raisons, certes, expliquaient cet état de choses, je ne veux pas les énumérer, mais je vous dirai combien je suis heureux de constater ce changement.

Et d'ailleurs, ce renouveau de la psychiatrie est une constatation générale. Il se manifeste dans les trois directions où s'exerce notre activité : domaine psychologique, domaine thérapeutique, domaine de l'assistance.

Si la psychiatrie était un peu délaissée par les jeunes, peu comprise et traitée en parente pauvre par les autres spécialités, c'est surtout, avouons-le, parce qu'elle faisait preuve d'un fâcheux immobilisme. Et puis, un réveil admirable a secoué notre torpeur. Au lieu de garder les malades, on s'est mis à étudier leurs mécanismes psychologiques pour en tirer des déductions

pratiques. A côté d'excellentes recherches sur le temps vécu, sur les traumatismes infantiles, de beaux traités de psychopathologie ont vu le jour dans ces dernières années. Vous les connaissez, et je sais quel puissant intérêt ils ont suscité.

Il y a, certes, un long chemin à accomplir. Nous avons de la peine à nous entendre sur les dénominations et nous ne sommes pas arrivés à un stade scientifique, s'il est vrai qu'une science n'est qu'une langue bien faite. Je crois que c'est saint Thomas d'Aquin qui a dit : « Omnis definitio periculosa ».

Comment pourrait-il en être autrement quand il s'agit d'états aussi complexes, aussi mouvants que les psychopathies. Si nous nous entendons sur les grands syndromes, nous ne le sommes plus quand il s'agit de cas frontières. Les anciens auteurs décrivaient ensemble les délires mélancoliques et les délires de persécution. Mais quelles hésitations sont les nôtres en présence des formes de passage de ces deux syndromes. Nous avons même été amenés à considérer certains malades comme « inclassables ». Nous pouvons espérer que le prochain congrès de Zürich apportera quelques clartés dans la difficile classification des états schizophréniques. Car, à côté des formes franches, à symptomatologie complète, nous voyons de nombreux malades à symptomatologie réduite. Formes mouvantes, devant lesquelles le diagnostic reste longtemps hésitant.

La thérapeutique elle-même est souvent impuissante à lever nos hésitations ; s'il est certain que les électro-chocs pulvérisent d'une façon spectaculaire certaines mélancolies, améliorent d'une manière plus ou moins durable quelques schizophrènes, combien d'échecs que rien ne faisait prévoir.

Il faut cependant reconnaître que les progrès accomplis dans l'étude des psychopathies ont été parallèlement suivis par d'excellentes acquisitions dans le domaine thérapeutique, lesquelles ont fait dire — peut-être un peu abusivement ce me semble — que c'était la psychiatrie qui avait le plus avancé dans ces trente dernières années.

Malgré les critiques parfois justifiées dont ils ont été l'objet, avouons que l'électro-choc, amélioré comme nous le pratiquons, et la cure insulinique, restent tout de même des techniques infiniment utiles, qui nous ont donné d'incontestables succès, et en reconnaissance desquels nous ne pouvons pas les rejeter au fond des oubliettes. Nous avons tous assisté à ces véritables résurrections, rapides, complètes et définitives, qui nous donnent de grandes joies. Mais nous sommes inconstants et, parce qu'il y a des échecs, nous sommes prêts à brûler ce que nous avons adoré. Quelle est la thérapeutique sans échecs ?

L'on ne peut ignorer la psychochirurgie elle-même, qui paraît avoir moins d'adeptes actuellement. Après nous avoir donné de grands espoirs, elle nous a souvent déçus. Elle a, cependant, quelques beaux succès à son actif et garde une place dans notre arsenal.

Mais il est certain que c'est dans la voie de la chimie organique que nous voyons les plus belles perspectives et l'abondance des produits soumis à notre expérimentation prouve l'activité des chercheurs. Les laboratoires travaillent sans relâche pour nous fournir des éléments encore plus actifs, chargés d'espoirs plus grands.

Il est certes difficile de faire un choix entre ces différentes formules, et j'ai bien l'impression que certains expérimentateurs manifestent un enthou-

siasme prématuré. Seuls, le temps et la multiplicité des expériences permettront de préciser les indications de ces produits et de les classer par ordre de priorité. Il n'en reste pas moins que l'accélération dans l'apparition de ces médicaments nous autorise les plus belles espérances.

N'oublions pas de constater que les laboratoires français tiennent une place plus qu'honorable dans cette course aux armements pacifiques et bienfaisants, et que cette fois la vérité ne vient pas toujours d'outre-Atlantique.

Quelle satisfaction également de voir les recherches pour l'assistance des malades mentaux s'intensifier chaque jour et aboutir à d'excellentes réalisations. Problème combien difficile, hérissé d'obstacles de tous ordres. Mais considérez les efforts réalisés en faveur de l'enfance anormale, de la prophylaxie mentale, la multiplication des consultations psychiatriques dans tous les centres de quelque importance.

Les adultes ne sont pas oubliés dans cette lutte contre la maladie : qu'il s'agisse d'alcooliques ou des schizophrènes, un travail intense est réalisé dont les résultats à long terme ne peuvent manquer de se faire sentir. C'est une œuvre de patience et de confiance. Nous savons qu'il y aura beaucoup d'échecs, qu'il faut s'armer de courage pour réintégrer un schizophrène dans la vie réelle. Mais les efforts entrepris, améliorant nos méthodes, nous permettront plus de succès. Certes, la balance financière n'est pas avantageuse dans ce domaine. Nous devons bien ces sacrifices à nos frères malheureux.

Les changements dans les rapports des psychiatres avec leurs malades ont profondément modifié l'aspect et la vie de nos services hospitaliers. J'ai assisté dans ma longue carrière à cette transformation qui, reconnaissons-le, n'a pas toujours été à l'avantage des médecins.

J'ai connu un temps où chacun de nos maîtres avait son violon d'Ingres. J'ai connu le psychiatre astronome, le psychiatre auteur de livres d'histoires pour enfants. Un autre avouait que sa visite était terminée à 9 h. 15 !

C'était vraiment le bon temps, la belle époque.

Que les temps sont changés. Les malades étaient à demeure, leur maintien à l'asile ne posait aucun problème. Nos asiles, qui devaient devenir des hôpitaux psychiatriques, étaient appelés, assez justement, des hospices, dénomination qui confondait deux genres d'établissements et d'assistance. Actuellement, les services ne veulent plus conserver de chroniques et on ne sait où les déposer. Le ministère de la santé le sait bien, qui voudrait réaliser une ségrégation entre les services de traitement et les services de garderie.

Cette indispensable révolution demandera beaucoup de temps et d'argent, mais j'ai confiance qu'elle se fera. Et l'essentiel n'est-il pas de ne pas se décourager, de croire toujours à l'utilité de l'effort pour faire mieux.

Je m'excuse, mes chers collègues, de vous avoir trop longtemps retenus pour les banalités d'une revue générale. Je suis un peu excusable, car il m'a semblé que tel est le rôle d'un discours de fin d'année et de fin de carrière. Il est difficile de faire du neuf, et je pense souvent à la phrase du profond penseur : « Tout est dit et nous venons trop tard... »

La Société médico-psychologique fait mentir cette prophétie désabusée de La Bruyère : elle continue et continuera sa vivante carrière, où des discussions animées jaillira la lumière. J'en remets le flambeau entre les mains de mon ami Borel.

COMMUNICATIONS

La formule sanguine au cours du traitement par la chlorpromazine, par MM. G. Collier et B. Defer

Malgré une multitude de travaux consacrés à la chlorpromazine et à ses effets, peu d'auteurs se sont attachés à préciser les modifications éventuelles de la formule sanguine au cours du traitement par le neuroleptique, du moins lorsque celui-ci est administré à doses assez élevées et prolongées.

Or, le largactil est devenu d'un emploi des plus courants, tant en thérapeutique générale qu'en psychiatrie, et il paraît bien nécessaire d'en évaluer la toxicité réelle, comme d'en connaître précisément tous les effets. A cet égard, une expérience clinique maintenant assez avancée permet de porter des conclusions valables.

Déjà, divers auteurs ont insisté sur la nécessité du contrôle hématologique systématique au cours du traitement par la chlorpromazine et, au terme de cures de durée assez brève, en employant une posologie modérée. MM. H. Baruk, J. Launay et J. Bergès (1) ont noté chez leurs malades l'apparition assez fréquente d'hyperleucocytose nette et d'anémie très légère.

Puis MM. M. Jourdran, P. Gabrielle et M. Landry (2) publièrent un cas d'agranulocytose survenue brusquement chez une malade traitée depuis six semaines aux doses de 300 à 350 mgr. par jour de largactil, et leur bibliographie comportait plusieurs travaux parus à l'étranger, et portant sur des accidents hématologiques de même ordre.

Il nous a paru intéressant d'étudier la formule sanguine chez 65 malades, hommes et femmes, en cours de traitement par le largactil à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire.

Nous avons éliminé les sujets recevant, en association au traitement neuroleptique, d'autres médicaments en quantité notable. Nous évitons d'ailleurs de réaliser de telles associations, et ne prescrivons qu'isolément les médicaments nouveaux ou mal connus, afin de pouvoir en étudier avec davantage de rigueur les effets biologiques ou thérapeutiques.

Les malades examinés ont été soumis à des cures neuroleptiques présentant les modalités les plus variables. L'administration du produit, par voie orale le plus souvent, a toujours été continue, quoique de posologie inconstante, variant entre 50 et 600 mgr. par jour, mais fixée, en règle générale, entre 100 et 300 mgr.

La durée du traitement va de un à vingt et un mois, mais se trouve presque toujours comprise entre trois et douze mois. Et, comme nous

en donnons le détail plus bas, nos malades ont absorbé des quantités totales de chlorpromazine variant entre 9 et 156 grammes.

En ce qui concerne la formule rouge, l'action du traitement neuroleptique paraît des plus discrètes, sinon inexistante, puisque chez 36 malades la formule sanguine comporte 5.000.000 ou plus d'hématies, et qu'elle en comporte 4.500.000 à 5.000.000 chez 25 autres. Chez 4 malades, on note une hypoglobulie légère (toujours plus de 4.000.000 d'hématies), mais de signification restant vraisemblablement à préciser.

Par ailleurs, on n'a jamais noté de modification du taux d'hémoglobine, ni de la valeur globulaire, et il n'a jamais été observé de modifications cytologiques.

Pour étudier l'action sur la formule blanche, nous avons partagé les 65 sujets en trois groupes, en fonction de la quantité totale de médicament absorbée, sans tenir compte de la posologie journalière, ni de la durée du traitement, n'ayant pu mettre en évidence une influence quelconque de l'un ou l'autre de ces deux facteurs sur nos conclusions.

Dans un premier groupe, 19 malades ont absorbé une quantité de largactil comprise entre 9 et 25 grammes, et le traitement a duré entre 30 et 170 jours.

Nous notons dans ce groupe : 13 cas de leucopénie, dont 3 en dessous de 4.000 leucocytes ; 5 cas de polynucléose neutrophile relative (3 cas avec numération leucocytaire normale, 2 cas avec leucopénie) ; 3 cas de neutropénie ; enfin, la formule d'Arneth est déviée vers la droite dans 7 cas.

Dans un deuxième groupe, 24 malades ont absorbé de 25 à 50 gr. de largactil, durant un laps de temps compris entre 90 et 300 jours.

Nous notons dans ce groupe : 11 cas de leucopénie, dont 2 en dessous de 4.000 leucocytes ; 5 cas de polynucléose neutrophile relative (2 cas avec numération leucocytaire normale, 2 cas avec leucopénie) ; 4 cas de neutropénie (dont 2 avec monocytose) ; 5 cas de leucocytose (ne dépassant jamais 13.000 leucocytes) ; 5 cas d'éosinophilie ; et la formule d'Arneth est déviée vers la droite dans 8 cas.

Enfin, dans le troisième groupe, 22 malades ont absorbé de 50 à 156 gr. de largactil (16 malades en ont absorbé de 50 à 100 gr.), et le traitement a duré de 180 à 630 jours.

Il est à noter : 7 cas de leucopénie, dont 2 en dessous de 4.000 leucocytes ; 8 cas de polynucléose neutrophile relative (4 cas avec numération leucocytaire normale, 4 cas avec leucopénie) ; 3 cas de neutropénie ; 3 cas de leucocytose modérée (sans dépasser 10.000 globules blancs) ; 5 cas d'éosinophilie ; la formule d'Arneth est déviée vers la droite dans 5 cas.

Ces résultats concernant la formule blanche, de par leur diversité même, peuvent paraître dénués de toute signification précise, mais, à

les étudier de près, il semble bien qu'ils ne se révèlent pas absolument négatifs.

Tout d'abord, nous insisterons sur le fait que les anomalies observées n'ont jamais été considérables. Par ailleurs, il va sans dire que nous soumettons à un contrôle hématologique régulier les malades présentant une leucopénie nette, et nous n'en avons jamais noté d'accentuation importante, bien au contraire, dans plusieurs cas, la leucopénie, sans toutefois dipsaraître, a régressé malgré la poursuite du traitement, lequel n'était vraisemblablement pas seul en cause.

Si l'importance et la fréquence des modifications hématologiques ne paraissent pas influencées par la posologie journalière, ni par la durée de la cure neuroleptique, elles ne le sont guère non plus par la quantité totale de largactil absorbée, puisqu'on note de petites anomalies de la formule blanche dans chacun des trois groupes examinés.

Toutefois, il semble que la tendance à la leucopénie soit plus fréquente dans le premier groupe (70 %) que dans les deux autres (45 et 32 %), tandis qu'au contraire la tendance à la polynucléose neutrophile relative serait plus souvent observée dans le dernier groupe.

Il est à noter dans chacun des groupes une répartition égale entre polynucléose neutrophile avec numération leucocytaire normale (soit une diminution relativement modérée des mononucléaires), et polynucléose neutrophile avec formule blanche leucopénique (soit diminution importante des mononucléaires).

Si on veut envisager les résultats portant sur l'ensemble des 65 malades, on note en premier lieu une tendance assez fréquente à la leucopénie, d'ailleurs modérée, retrouvée chez 31 malades.

La formule d'Arneth est déviée à droite vingt fois, et on observe 18 cas de polynucléose neutrophile relative. Ainsi, la formule blanche subnormale la plus fréquemment retrouvée est une leucopénie modérée, isolée, ou bien associée, soit à une polynucléose neutrophile (c'est-à-dire une diminution importante du nombre des éléments mononucléés), soit à une déviation vers la droite de la formule d'Arneth.

Par ailleurs, on note 12 cas d'éosinophilie, 10 cas de neutropénie (dont 9 cas de neutropénie absolue) ; 6 cas de monocytose ; enfin, contrairement à M. Baruk et ses collaborateurs, qui relèvent chez leurs malades « une hyperleucocytose très nette et quasi-constante », nous n'avons observé que dans 8 cas l'augmentation, d'ailleurs modérée, du nombre de leucocytes.

Chez 65 malades traités par le largactil, avec des modalités très variables quant à la posologie et la durée du traitement, il n'a pas été observé de modifications notables de la formule sanguine en ce qui concerne la série rouge.

L'étude de la série blanche a montré une assez fréquente tendance

à la leucopénie, à la déviation vers la droite de la formule d'Arneth, et à la polynucléose neutrophile relative.

Il est difficile d'attribuer une signification à d'autres anomalies plus rarement retrouvées (éosinophilie, neutropénie).

Ces modifications de la série blanche restent limitées, et ne semblent pas devoir s'accentuer, ni entraîner d'accident sérieux chez les malades, même en cas de poursuite du traitement. Toutefois, comme la plupart des auteurs, nous estimons absolument indispensable la surveillance hématologique régulière de tout malade soumis à un traitement prolongé par la chlorpromazine.

REFERENCES. — 1. Baruk (H.), Launay (J.) et Bergès (J.) : La thérapeutique par la chlorpromazine. Physiologie expérimentale. Physiologie clinique. Résultats thérapeutiques et progrès de la thérapeutique psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 1955, I, 5, p. 705-772. — 2. Jourdran (M.), Gabrielle (P.) et Landry (M.) : Un cas d'agranulocytose au cours d'un traitement par la chlorpromazine. *Annales médico-psychologiques*, 1956, I, 3, p. 420-423. — 3. Laboucarié (J.) et Moron (P.) : Les modifications hématologiques au cours des cures neuroplégiques par la chlorpromazine. *Toulouse Médical*, 57e année, n° 10, novembre 1956, page 869-879. — 4. Torre (M.), Scarzella (R.) et Zanalda (A.) : Modifications biochimiques subies par les malades traités avec la chlorpromazine. *Encéphale*, 1956, n° 4, page 959-967.

Résumé

Chez 65 malades traités par le largactil, avec des modalités très variables quant à la posologie et la durée du traitement, les auteurs n'ont pas observé de modifications notables de la formule sanguine en ce qui concerne la série rouge.

L'étude de la série blanche a montré une assez fréquente tendance à la leucopénie, à la déviation vers la droite de la formule d'Arneth et à la polynucléose neutrophile relative.

Il est difficile d'attribuer une signification à d'autres anomalies plus rarement retrouvées (éosinophilie, neutropénie).

Ces modifications de la série blanche restent limitées, et ne semblent pas devoir s'accentuer, ni entraîner d'accidents sérieux chez les malades, même en cas de poursuite du traitement. Toutefois, les auteurs estiment absolument indispensable la surveillance hématologique régulière de tout malade soumis à un traitement prolongé par la chlorpromazine.

Discussion

M. Leyritz rappelle schématiquement la réaction de Goin, syphiligraphe de Brest, utilisée par lui dans l'essai des médicaments spécifiques, l'hyperleucocytose indiquant l'activité anti-syphilitique du médicament utilisé. Dans ce cas, les hyperleucocytoses signalées par Baruk rendraient mieux compte des améliorations généralement constatées, que les leucopénies constatées par les auteurs. Mais Leyritz indique qu'il n'a aucune expérience personnelle de la question.

Réflexions au sujet de la thérapeutique par le méprobamate, par MM. A. Jurquet-Maillet, A.-M. Rance et J. Roger

Notre propos n'est pas de faire l'historique du méprobamate, ni d'en étudier l'action sur les divers groupes de névroses ou de psychoses. Les publications de Selling et Borrus et d'autres auteurs étrangers, celles en France de Ravina, de Collomb, Milleto et Chaupin, ont largement contribué à la connaissance des divers modes d'action du produit.

Notre but ici est plus modeste. Notre expérience ne porte en effet que sur 39 malades, qui ont pour caractère commun de présenter une dominante anxieuse très importante dans le tableau clinique. Nous avons donc traité surtout les syndromes anxieux, névrose d'angoisse, mélancolie anxieuse, quelques syndromes subjectifs post-traumatiques. Nous laissons délibérément de côté les psychoses hallucinatoires, les schizophrénies, pour lesquelles notre expérience n'est pas suffisante, et au sujet desquelles nous ne saurions émettre une opinion valable.

Les doses de méprobamate utilisées par 24 heures varient de 1 gr. 20 à 2 gr. 40, réparties en trois prises.

La cure a duré de un mois à trois mois. Il ne nous a pas été possible de dépasser la dose de 2 gr. 40 par jour, sauf très exceptionnellement et pour une courte durée, ni de prolonger au-delà de trois mois le traitement ; ceci tenant au rationnement du produit.

La cure fut conduite de façon progressive pendant les quinze premiers jours, afin de trouver la dose individuelle nécessaire à chaque malade. Nous avons remarqué qu'un malade ne réagissant pas à l'administration du médicament les quinze premiers jours ne répond généralement pas ensuite.

Des interruptions prématurées ou inopportunes nous ont enseigné que l'arrêt brusque entraîne une réapparition plus ou moins marquée — mais habituelle — des manifestations d'anxiété. Il nous apparaît donc indiqué de poursuivre le traitement au minimum de un mois, et de l'arrêter par des doses lentement régressives.

La toxicité nous a paru nulle aux doses employées, nous n'avons observé aucun accident ou incident susceptible de faire interrompre la médication, ni intolérance digestive ou allergie, ni répercussion cardio-vasculaire (en particulier aucune modification tensionnelle), neurologique ou hématologique. H. Collomb, Milleto et Chaupin signalent une leucopénie discrète mais habituelle ; il nous est difficile d'affirmer ou d'infirmer ce fait, 95 % de nos malades (encore non traités) présentent à leur entrée en clinique, pour des raisons à nous inconnues, une leucopénie (3.000 à 3.500 leucocytes), avec granulopénie, disparaissant par la suite au cours des différents traitements institués.

L'action du méprobamate sur l'anxiété fut manifeste, se marquant

rapidement par une sensation de détente, de calme, de décontraction morale extériorisée par une attitude mentale et physique correspondante du malade, et son affirmation d'une nette amélioration. Les symptômes tels que : tremblements, instabilité psychomotrice, sensation d'étouffement, de striction laryngée, palpitations et algies précordiales, ont rétrocédé assez vite.

Chez les insomniaques ou les agités nocturnes, le sommeil a retrouvé un cours normal, entraînant une sensation de bien-être au réveil, parfois même d'euphorie.

Dans les syndromes mélancoliques, l'association du méprobamate à la sismothérapie semble avoir entretenu l'effet de relaxation morale — en général temporaire au début — des chocs.

Nous résumerons ci-après quelques observations :

Observation 1. — Mme T..., 48 ans. Syndrome anxieux persistant après l'amélioration d'un état mélancolique. Traitement sans amélioration par la chlorpromazine et la sismothérapie. Accentuation progressive des symptômes avec troubles interprétatifs et agitation psychomotrice.

Association du méprobamate après trois semaines, aux doses de 2 gr. 40 puis 3 gr. 20. En quelques jours, amélioration réellement spectaculaire ; malade détendue, repos moral, critique de l'état interprétant. Traitement interrompu progressivement au bout de trois mois ; aucune réapparition des symptômes depuis cinq mois.

Observation 2. — M. B..., 47 ans. Syndrome subjectif post-traumatique avec céphalées, cervicalgies, vertiges, troubles visuels et auditifs, impuissance génitale ; obésité et diabète post-accidentel et surtout prédominance d'un syndrome anxieux très intense avec insomnie et manifestations dépressives. Traitement institué : chlorpromazine, CH 36 pendant un mois, aucun résultat. Association du méprobamate : 2 gr. 40 ; amélioration presque immédiate de l'anxiété, disparition de l'insomnie et régression des symptômes subjectifs. Interruption inopportune du méprobamate, réapparition graduelle de tous les signes incriminés, à nouveau disparus par la réintroduction du méprobamate dans le traitement. Celui-ci est arrêté, après un mois, le malade semble guéri.

Observation 3. — Mme J..., 38 ans. Syndrome dépressif réactionnel (enfant écrasé devant sa mère) évoluant depuis quatre ans, auquel viennent se surajouter des angoisses vespérales et des bouffées anxieuses.

Traitement : sismothérapie, puis insulinothérapie, chlorpromazine. Amélioration passagère, puis rechute. Association du méprobamate : amélioration sensible et progressivement de plus en plus importante. Malade encore en traitement, actuellement libérée de ses manifestations anxieuses et dépressives.

Observation 4. — Mme D..., 63 ans. Mélancolie anxieuse, agitation psychomotrice, manifestation somatique d'angoisse, choc sous curare. Consolidation des résultats par méprobamate, euphorisation marquée.

Malade sortie prématurément de la clinique, arrêt du traitement ; réapparition des manifestations anxieuses.

En conclusion, notre expérience, quoique très limitée, confirme les résultats déjà signalés par les auteurs américains et français concernant les manifestations anxieuses.

Le méprobamate nous apparaît comme le traitement de choix de l'anxiété.

Il est à remarquer que la plupart de nos malades avaient subi antérieurement d'autres thérapeutiques : sismothérapie, insulinothérapie, chlorpromazine, réserpine, avec des résultats variables mais incomplets.

Le méprobamate n'a été introduit dans leur traitement qu'à titre de médication adjuvante. Ce sont les premiers résultats satisfaisants obtenus par l'adjonction du méprobamate qui nous en a fait élargir le champ d'utilisation.

Nous pensons provisoirement que le méprobamate n'est pas un traitement d'attaque ou de fond en psychiatrie, qu'il ne saurait à lui seul guérir une névrose d'angoisse, un syndrome mélancolique, et, raison de plus, une schizophrénie. Mais nous estimons que son action sur l'anxiété en fait un traitement adjuvant indispensable aux autres thérapeutiques. Il serait également utile, nous le pensons, de poursuivre l'expérimentation à doses plus élevées, la toxicité nous paraissant nulle ; en effet, nous avons eu souvent l'impression que nous restions au-dessous des doses efficaces. De toute façon, la dose utile est individuelle, et doit être recherchée par l'observation clinique. La fréquence du syndrome anxieux dans les maladies mentales nous inciterait à l'associer quasi-systématiquement à tout traitement d'attaque, et surtout à le poursuivre comme traitement d'entretien à action dirigée sur le rétablissement du sommeil et la « tranquillisation » du malade.

Clinique « Mon Repos », château de Bonneveine,
48, boulevard Léau, Marseille, 8e

Nous remercions les laboratoires Byla et nos confrères Collomb et Milleto de nous avoir fourni les doses de médicaments (équanyl Byla) nécessaires à notre expérimentation.

Discussion

M. Fouks. — Je tiens à ajouter ma voix à celles qui viennent de vanter les mérites du méprobamate, que j'utilise couramment depuis plus de quinze mois. Il est certain que c'est l'un des meilleurs médicaments actuels de l'anxiété et de l'hyperémotivité. Je dirais même que c'est le meilleur traitement de ces états, sauf pour les cas d'anxiété psychotique. Un seul point me sépare des auteurs de la communication, c'est la sismothérapie dans la mélancolie. Si le méprobamate seul est incapable de réduire ces états associés en cure de sommeil aux autres tranquillisants ou neuroleptiques ainsi qu'à des toniques tels que le CH 36, on arrive à guérir nombre de mélancolies dans un temps sensiblement équivalent à celui de la cure d'électro-chocs.

Utilité paradoxale des rechutes. Étapes de réadaptation sociale d'une malade longuement internée, par MM. P. Broussolle, A. Scherr et P. Dubor.

Les difficultés que rencontre le malade de longue évolution au sortir de l'hôpital psychiatrique ont été suffisamment exposées ces derniers temps pour que nous n'y revenions pas.

Elles existent au plus haut point pour le malade coupé depuis longtemps du monde extérieur. L'aliénation-maladie est enrichie au cours des années d'hôpital par les conditions mêmes d'internement, et par les réactions concomitantes de l'ancien entourage du malade.

La situation très complexe de tels malades « sortants » suppose, pour aboutir à une réhabilitation complète, un processus non moins complexe de désensibilisation du sujet aux réactions psychogènes, ou tout au moins anxiogènes. Une succession de demi-échecs, entrecoupés parfois d'hospitalisations à minima, tel est l'aspect actuel de ces sauvetages rendus possibles par les nouvelles méthodes psychiatriques.

Nous voulons exposer ici une observation particulièrement caractéristique :

Mlle Sem..., d'origine roumaine, est venue en France à l'âge de 15 ans. Elle poursuivit des études assez brillantes jusqu'à une licence d'allemand. Pour des raisons apparemment religieuses, elle rompt définitivement avec sa famille.

Orientée tout d'abord vers l'enseignement, elle embrasse ensuite, pendant la guerre, la carrière de journaliste, et traduit en outre des ouvrages modernes de langue allemande. Inquiétée par les mesures antisémites, elle traverse cependant sans encombre la fin des hostilités. Quelques amis auraient été frappés alors par l'étrangeté de son allure.

Dans des circonstances non précisées, elle est internée en 1945 à l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. Les certificats médicaux font état de « psychose hallucinatoire avec éléments discordants » et de « schizophrénie ». Transférée à l'hôpital psychiatrique du Rhône, elle offre le tableau d'une « psychose interprétative avec idées d'influence et de persécution ». Jusqu'en août 1953, son comportement reste inchangé et nous paraît caractéristique d'une schizophrénie à forme paranoïde : en témoigne l'activité délirante très marquée, peu cohérente, où prédominent des thèmes antinazis. Un syndrome d'automatisme mental est indéniable, ainsi que des phénomènes hallucinatoires auditifs. Mlle S..., très autiste, vit en marge du pavillon et il est difficile de l'approcher.

Des examens biologiques avaient été négatifs. Aucune amélioration n'avait suivi des essais de tuberculinothérapie (à cause de ses antécédents bacillaires supposés) et une cure d'électro-chocs.

Le syndrome paranoïde s'effondra à la suite de narco-analyses, puis de chocs acétylcholiniques, mais surtout d'une cure à la chlorpromazine, intraveineuse, intra-musculaire et *per os*. Sept mois plus tard, après avoir franchi les étapes de resocialisation intra-hospitalière (notre établissement est assez

bien pourvu à ce sujet), Mlle Sem... pouvait prétendre sortir : elle avait perdu toute activité délirante ; l'autisme était brisé ; elle critiquait partiellement son état antérieur, convenant qu'elle sortait d'une dépression nerveuse. C'est alors que commencèrent réellement nos difficultés. En effet, après dix années d'internement, Mlle Sem... avait perdu tout contact avec sa famille et ses amis. Les multiples lettres que nous avions envoyées à ses anciens amis parisiens n'avaient abouti qu'à deux réponses très réticentes, pleines d'amertume à l'encontre de notre malade ; il y était fait allusion à son caractère très égocentrique, ambitieux et dénué de scrupules ; aucune aide ne nous était promise, bien au contraire.

D'autre part, Mlle Sem... prétendait reprendre immédiatement les mêmes occupations qu'en 1945, ceci exclusivement à Paris, et elle persistait à croire à la solidité de ses relations.

Renonçant à la persuader et à vaincre sa psychorigidité, nous mîmes en route toutes nos ressources d'assistance : prêt d'argent et dons vestimentaires des organismes de secours confessionnels, billet de chemin de fer gratuit exceptionnellement accordé par la Préfecture, lettres de recommandation auprès d'associations parisiennes.

L'un d'entre nous récemment installé à Paris accueillait en gare Mlle Sem... La quête d'une chambre s'avéra très difficile à cause des antécédents psychiatriques que l'on ne pouvait toujours cacher, et de l'absence de pièces d'identité (nos hôpitaux avaient oublié de les reconstituer !).

Le troisième jour de son arrivée, notre malade faisait une fugue à Lille, dont elle revenait contrite mais sans argent ; elle se libérait ainsi — définitivement, nous dit-elle — d'un phantasme, reliquat d'une idylle (un ami infidèle l'avait assurée d'un rendez-vous... éternellement renouvelable).

Partie à la recherche de ses anciennes relations, Mlle Sem... allait de déception en déception ; ses velléités de journalisme ou de secrétariat s'évanouissaient aussi rapidement. Elle doit se contenter d'un lit de dortoir du Secours catholique et d'emplois manuels (travaux de nettoyage chez des commerçants). Epuisée, découragée, elle envisageait de se réfugier dans un couvent au risque d'y cultiver son autisme. Et nous songions à la faire à nouveau hospitaliser.

Par un hasard inespéré, un de ses anciens amis, qui l'avait perdue de vue depuis l'internement de 1945, écrivait à l'hôpital du Vinatier pour demander des nouvelles et offrir ses services. Il lui prêta son luxueux logement parisien et lui procura des travaux temporaires de secrétariat. Par le même intermédiaire, les traces de la famille de Mlle Sem... étaient retrouvées en Suisse et en Israël.

Le comportement de notre amie s'améliora sensiblement pendant les trois mois suivants ; elle reprenait une féminité et un entrain de bon aloi. Mais ses fonctions de remplaçante allaient se terminer et elle devait restituer le logement.

Mlle Sem... redevenait rêveuse, bizarre, et laissait reparaître dans son courrier un mode de pensée paranoïde. A nouveau domiciliée dans un dortoir du Secours catholique, elle abandonna son travail et se mit à errer ou à stationner stérilement dans des bibliothèques publiques.

Nous l'avions perdue de vue lorsqu'un médecin de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges nous apprit qu'elle avait été recueillie par les gendarmes : exténuée, hagarde et déguenillée, elle fuyait à travers champs.

Mlle Sem... rentrait au Vinatier six mois après sa première sortie. Nous

la retrouvions relativement peu aliénée ; d'emblée, le contact était assez bon ; en deux semaines, le syndrome délirant s'effaçait ; après avoir rapidement parcouru les étapes de resocialisation intra-hospitalière, Mlle Sem... nous quittait au bout de six mois. Les préparatifs de la sortie furent cette fois beaucoup plus simples. La malade renonçait à rejoindre Paris et avait consenti à rechercher elle-même du travail. Ne briguant plus les postes qu'elle avait eus avant sa maladie, elle acceptait celui de monitrice dans une maison d'enfants assez éloignée de Lyon. Elle assura avec succès cette responsabilité pendant quatre mois. Nous recevions un courrier très sensé ; les distances et l'horaire de travail ne permettaient malheureusement pas à Mlle Sem... de venir nous voir en consultation.

La saison d'été une fois terminée, notre malade ne chercha pas un autre travail mais entreprit des démarches pour entrer en religion dans un couvent. Ses antécédents récents et la morbidité trop évidente de cette motivation rendirent vaine la tentative.

En effet, quelque temps après, nous recevions par lettre un S.O.S. exclusivement empreint de réalisme ; Mlle Sem... reconnaissait son échec, avouait sa fatigue et demandait de l'argent pour régler ses dettes et regagner Lyon.

Plusieurs jours après, notre malade commençait un troisième séjour au service, après un intervalle de six mois. Mais elle venait cette fois-ci volontairement. La rechute était encore plus faible que la précédente. Aucune idée délirante, une simple étrangeté du regard, un état de légère rêverie. Mise à nouveau à la chlorpromazine, elle reprend aussitôt des activités d'ergothérapie et se montre rapidement capable d'efforts intellectuels — lecture de romans, mais aussi d'ouvrages historiques.

Dès le deuxième mois d'hospitalisation, Mlle Sem... entreprend la recherche d'un travail à Lyon. Elle semble avoir définitivement renoncé à sa vocation religieuse suspecte. D'autre part, nous avons gagné en contact et en confiance. Les visites périodiques à notre consultation lui paraissent enfin indispensables et elle renonce à tout travail loin de notre ville.

Le cas de Mlle Sem... a été pour nous d'un grand enseignement. Sous les efforts conjugués médecin-malade, s'est engagée une lutte efficace contre la déréalisation. A la faveur d'échecs, dont les conséquences ont été autant que possible amorties, notre malade s'adapte progressivement aux conditions de vie qui lui sont offertes, et en fonction de son état nerveux déficitaire.

Des observations de ce genre seront de plus en plus nombreuses ; en effet, les décisions de sorties se font à un rythme croissant, grâce aux médications neuroleptiques et au concours des équipes sociales. Il nous arrive souvent de prévoir une série de rechutes décroissantes, et l'équipe médico-sociale que nous formons instaure des sauvetages en cascade.

Nos activités seront évidemment encore plus nuancées et efficaces lorsque nous disposerons d'un vaste réseau d'hygiène mentale, pourvu de homes de post-cures.

Discussion

M. Sivadon. — Cette communication est particulièrement opportune. Elle souligne en effet une situation de plus en plus fréquente : la sortie de

malades internés depuis de très nombreuses années. Ces malades paraissent sortir d'un long sommeil et leur premier souci est de retrouver la vie telle qu'ils l'avaient laissée dix ans auparavant. Un véritable hiatus s'est créé dans leur histoire personnelle, qu'il s'agit de combler pour rétablir l'unité de leur personnalité. Leur présent est un passé pour leur entourage et ce décalage est souvent à l'origine de rechutes. Certes, c'est souvent par une suite de rechutes que s'organise enfin une réadaptation solide. Mais le danger est de permettre que le malade en voie de guérison ne jalonne ainsi son histoire d'une série d'échecs. Il paraît important, dans cette période délicate de la réadaptation sociale, de créer un climat de sécurité et même de jalonner d'événements heureux, au besoin artificiellement, l'histoire du convalescent. Un voyage, une fête, en compagnie d'un médecin ou d'un infirmier du service, constitueront dans le souvenir du malade, donc dans la trame de son histoire en cours de reconstruction, des jalons plus favorables que des rechutes répétées.

M. Cénac partage l'opinion des presentateurs, insiste sur l'effet favorable d'une sortie prématurée chez des malades atteints de psychoses aiguës avec éléments confusionnels, cette sortie prématurée évitant l'installation du malade dans sa maladie et dans le cadre de l'hôpital psychiatrique.

Quant aux malades depuis longtemps internés il faut, en présence de leurs assertions délirantes, évaluer leur conviction dans leurs dires ; il s'agit là d'attitudes délirantes résiduelles.

Il ne faut pas oublier, comme on l'a rappelé aujourd'hui, que le délire peut être considéré comme une tentative de guérison. Au cours de tentatives de réadaptation, il suffira quelquefois d'une difficulté particulière ou d'un trauma parfois minime pour faire réapparaître l'attitude délirante.

Certaines de ces rechutes, comme l'ont indiqué les auteurs, constituent des éléments d'appréciation de grande valeur pour le thérapeute en vue d'une réadaptation définitive.

M. Fouks. — Je me permets d'intervenir pour ajouter quelques observations. Il existe différents niveaux de guérison. Celle-ci est parfois totale et je connais deux malades sortis depuis plus de vingt mois. L'une, dès 1939, croit être certifiée schizophrène par les maîtres les plus éminents de la Seine. Elle a pu sortir malgré l'opposition du mari grâce à une décision du tribunal et elle a parfaitement réussi à refaire sa vie malgré de douloureuses épreuves. Non seulement le mari a refusé de reprendres la vie commune, mais encore et surtout il refuse de lui montrer son enfant.

L'autre malade est un jeune homme, qui doit sortir après sept ans d'internement. La famille où il est rentré réalisait les conditions les plus déplorables à une bonne réadaptation. Il a cependant réussi à changer de métier, à se marier, et il est actuellement père de famille. Au niveau suivant il y a guérison apparente, mais les malades fragiles sont incapables de surmonter certaines difficultés de réadaptation qui entraînent la rechute. Au niveau suivant, on voit des malades dont la psychose persiste, bien qu'atténuée, ce qui permet une reprise d'une vie normale, la psychose n'ayant pas d'influence sur le comportement lorsque la famille se montre compréhensive. Surtout, nous voudrions insister sur deux causes fréquentes de rechute :

a) certains malades, et parfois aussi leur famille, s'estiment guéris et refusent de prendre leurs neuroleptiques ;

b) d'autres, et ces cas sont beaucoup plus douloureux, n'ont pas les moyens de s'acheter leurs comprimés car, malheureusement, ces drogues nouvelles sont assez onéreuses.

M. Bonnafé. — Exposé et discussion me paraissent proposer à nos réflexions des problèmes trop méconnus et pourtant d'une importance déci-

sive. En les évoquant, les auteurs ont été remarquablement bien inspirés car, au moment où la hardiesse dans les sorties est plus d'actualité que jamais, au moment où la notion du traitement à l'hôpital, fragment de la cure et non plus moyen et fin exclusifs de notre activité entre dans les règles de notre art, ils nous conduisent sur le terrain de nos problèmes les plus pratiques et les plus délicats. Ces problèmes, d'une étendue et d'une variété infinies, se situent entre deux pôles : l'un est celui qui a déjà été évoqué, le reclassement de malades que nous pouvons aujourd'hui faire sortir après dix, vingt, trente ans de séjour à l'hôpital psychiatrique, l'autre est celui des sorties ultra-précoces, en tout cas des « sorties thérapeutiques ». Je ne suis certainement pas le seul, lorsque je me demande : « Et, maintenant, quel traitement prescrire ? », à songer à la sortie, pensant alors à un pronostic de rechute, supputant la situation si la sortie fait du bien, mais qu'un nouveau fléchissement... pressentant les hypothèses de l'évolution de mon rôle thérapeutique, selon les événements. Par exemple, j'ai pour pratique, devenue à l'expérience de plus en plus fréquente, de faire sortir les délirants avec la plus extrême précocité. Autrefois, je formulais un pronostic de rechute majoré, je m'en suis rendu compte à l'usage, revoyant mes malades bien plus souvent au dispensaire qu'à l'hôpital. Cette expérience, puis l'appoint des neuroleptiques, m'ont enhardi de plus en plus dans une ligne inspirée d'abord par une vue théorique : soigner la nature des relations médecin-malade, ne rien négliger pour l'infléchir dans le sens le plus payant. Dans l'exemple des délirants, se confirme avec une netteté particulière la justesse de cette ligne qu'on peut ainsi schématiser : consacrer tous ses soins à dédramatiser la situation vécue par le malade (le placement en service libre est ici bien utile), sonder les réactions aux drogues, prescrire pour poursuite du traitement à domicile, et donner rendez-vous au dispensaire. La cure se poursuit dans les meilleures conditions de rendement, et si la « rechute » se produit, si la tolérance du délire s'altère et impose une nouvelle hospitalisation, celle-ci a toutes chances de se présenter dans un climat infiniment plus psychothérapique que la première.

A ce propos, je voudrais formuler encore une remarque : l'expérience montre avec quelle facilité de tels malades s'intègrent (et s'enkystent) dans les rouages de la vie asilaire. Or, si nous voulons bien ne pas considérer les moyens institutionnels ou sociaux de traitement, non plus que les neuroleptiques, à la légère et de façon standardisante, si nous y voyons, comme dans toute thérapeutique, matière à indications et contre-indications, nécessité d'individualiser les prescriptions, je crois que nous devrons être ici spécialement vigilants. Pour la plupart des délirants, je crois qu'il faut leur éviter autant que possible l'option de la situation d'enkystement. Dans la même perspective, je crois que pour eux le recours à ces organismes de transition entre l'hôpital psychiatrique et la vie commune que Sivadon prônait si justement ne devrait être envisagé qu'avec prudence.

Retour au foyer et cure post-hospitalière en consultation externe me paraissent ici donner les meilleures chances de succès franc et, en cas de rechute, situer celle-ci dans les meilleures conditions.

Le syndrome neuroleptique : étude clinique et psychotechnique, par MM. Le Guillant et ses collaborateurs

Les données rassemblées dans ces deux communications concernant un « syndrome neuroleptique » ne correspondent pas, nous tenons à le préciser d'emblée, à des faits vraiment originaux. La plupart des manifestations que nous avons groupées sous cette dénomination ont déjà été décrites et parfois analysées. Toutefois, leur

fréquence et, dans une certaine mesure, leur méconnaissance, nous ont paru légitimer une étude plus approfondie, qui est encore en cours, et dont nous nous bornerons à donner ici les premières conclusions.

Nous entendons par syndrome neuroleptique un certain nombre d'effets fâcheux des produits généralement désignés sous ce nom, essentiellement, dans la pratique, la chlorpromazine et la réserpine. Encore une fois, ces effets, allant de syndromes pseudo-parkinsoniens caractérisés à des troubles psychiques très fins, ont été maintes fois relatés. C'est ainsi que l'excellent travail des Lyonnais sur la thérapeutique par la chlorpromazine en pratique psychiatrique décrit un « syndrome clinique d'imprégnation » (1), où les aspects négatifs de l'action de ce médicament sont au premier plan.

De même, lors du Colloque d'octobre 1955 sur les médicaments neuroleptiques, dont les comptes rendus n'ont malheureusement paru que récemment, plusieurs auteurs ont insisté sur certains inconvénients de l'usage de ces produits. En particulier, H. J. de Barahona Fernandes, étudiant les effets psychosomatiques de la chlorpromazine, a posé « le problème des rapports entre les effets pharmaco-dynamiques et la situation psychologique globale du malade », et souligne les conséquences de « certaines réactions désagréables des malades au médicament ». Il en conclut à la nécessité « d'une psychothérapie coordonnée sur la base des effets pharmaco-dynamiques ». « Il ne s'agit pas seulement, écrit-il, de risques et de dégâts par lesquels se paient les nouvelles thérapeutiques, mais aussi de nouveaux problèmes posés par la personnalité qui souffre. »

Telle est, à peu près, la position à laquelle nous étions parvenus de notre côté. Nous pensons aussi, avec Barahona Fernandes, qu'il y a, dans la tendance à sous-estimer ces problèmes, un danger certain. « Les médecins, écrit-il, se plaignent parfois que la clinique se dégrade... Tel est le cas de tout traitement appliqué d'une façon mécanique et stéréotypée par des techniques standardisées. » Il faut bien convenir, malheureusement, que les conditions actuelles de l'assistance psychiatrique ne permettent guère une individualisation et un accompagnement psychologique des thérapeutiques biologiques, et imposent une application quelque peu standardisée, dont certaines conséquences ont commencé à apparaître — au moins dans notre pratique personnelle —, et sur lesquelles nous reviendrons.

⁂

Le syndrome, c'est-à-dire l'ensemble de manifestations morbides, provoqué par l'usage prolongé des neuroleptiques, a été, avons-nous

(1) Delay et Deniker ont utilisé il y a longtemps l'expression « syndrome psychique du 4560 R.P. », mais surtout pour décrire l'effet « neuroleptique » du médicament.

dit, observé en tout ou partie par de nombreux auteurs. Cependant, il nous a paru nécessaire d'insister sur sa fréquence, ses formes inapparentes ou faiblement apparentes, et les inconvénients d'une certaine méconnaissance de cet aspect des cures neuroleptiques. Le terme méconnaissance ne convient d'ailleurs pas absolument. La diminution ou l'absence d'initiative, un certain degré d'indifférence ou tout au moins une « neutralité émotionnelle et affective » (Delay et Deniker), la fatigabilité, le « retard de la réponse aux stimulations extérieures », etc., etc., ont été souvent constatés et fort bien décrits. C'est plutôt le retentissement et, si l'on peut dire, la pénétration de ces troubles dans la personnalité de la malade qui sont sous-estimés. Ils apparaissent généralement comme une contrepartie, à peu près inévitable, mais au total tout à fait tolérable des effets bienfaisants du traitement.

Tel n'est pas tout à fait notre sentiment. Il n'est pas besoin ici de rappeler l'apparence quelque peu insolite et inquiétante, de groupes entiers, parfois, de malades traités par les neuroleptiques : immobiles, au faciès figé, légèrement bouffi et cyanotique, qu'on est en quelque sorte surpris de voir répondre correctement à une question ou à un ordre. Mais les manifestations plus discrètes ne sont pas toujours repérées dans des services psychiatriques, où la vie des malades et l'attention qu'on peut leur porter sont souvent aussi réduites. C'est plutôt au dehors, au jardin ou à l'atelier, dans la rue, au sein de l'activité familière du foyer où ils vivent, où ils sont employés, que se révèle le syndrome neuroleptique. Les agents des services économiques de l'hôpital se plaignent de ces automates qu'on leur confie depuis quelque temps, auxquels « il faut tout dire », qu'il « faut rééduquer » pour les utiliser. Telle pensionnaire du service, placée devant un exemple particulièrement typique d'absence d'initiative chez une autre malade occupée à l'extérieur, nous explique : « C'est le largactil, elles sont toutes comme ça au quartier... » Telle jeune femme qui nous semblait redevenue pratiquement normale, et qui travaillait au dehors, rencontrée dans la rue, nous frappe par une « allure » étrange, raidie et lointaine, qui fait se retourner sur elle les passants. Telle vieille psychose chronique, hyperactive, « sérieuse », mise à de faibles doses de serpasil à l'occasion d'une poussée anxieuse, devient « paresseuse », ment pour expliquer ses négligences, se met à boire, paraît s'altérer profondément, jusqu'au jour où l'on s'aperçoit que la prescription a été oubliée, et où sa suppression lui fait retrouver sa personnalité antérieure.

De pareils faits, que nous pourrions multiplier, nous ont incités à nous livrer à une étude systématique d'un certain nombre de malades longuement traités, soit par le largactil, soit par le serpasil (le « syndrome » est sensiblement analogue, quelle que soit la drogue utilisée).

Il nous a paru possible de distinguer deux formes du syndrome neuroleptique (très souvent associées, bien entendu), l'une à prédominance psychomotrice, l'autre à prédominance psychique.

1) Dans la première, la plus fréquemment rencontrée, c'est le mouvement volontaire dans sa spontanéité, sa vitesse, sa précision, la fatigue qu'il entraîne, etc., qui est le plus altéré.

Ce trouble psychomoteur peut naturellement être d'abord observé cliniquement. On en trouve tous les degrés, d'un pseudo-parkinsonisme accusé aux anomalies les plus fines de l'expression et de l'exécution de mouvements précis. Il nous a paru intéressant de l'objectiver par un certain nombre d'épreuves. Celles-ci montrent :

a) l'élévation du temps de réaction, souvent doublé par rapport à la normale, s'accroissant si l'on prolonge l'épreuve ;

b) l'existence de tremblements révélés (ou précisés) par le trémomètre. Sur le plan qualitatif, ils sont de deux ordres : tremblements hypertoniques survenant par crises violentes, irréductibles ; tremblements continus, fins, souples, que le sujet parvient à inhiber ;

c) l'étude de la motricité fine (épreuves d'Heuyer-Baillé) révèle plusieurs faits intéressants : un ralentissement général des mouvements, qui fait que la plupart des malades examinées ne se situent pas dans les limites d'une population normale, tout au plus dans les dernières percentiles. Qualitativement, les gestes peuvent présenter les troubles suivants : « ajustement difficile », le geste est mal dirigé et mal arrêté ; « crispation », les mains prenant appui sur l'objet et ne pouvant s'en détacher ; « tremblements statiques », gênant la manipulation ; enfin, un « empâtement » des gestes, qui deviennent grossiers, peu indépendants, globaux. Ces troubles, variables selon l'intensité du syndrome neuroleptique, le sont aussi selon la forme du mouvement demandé. Ils sont maximum quand celui-ci est fin, précis et comporte une grande composante statique, minimum quand il est plus grossier, automatique et présente une certaine amplitude. Enfin, ces troubles sont dépendants de la psychomotricité antérieure du sujet ; plus elle est élaborée, fine et bien intégrée, plus ils sont discrets et facilement corrigés ; plus le sujet est maladroit, plus les troubles sont marqués, et moins ils sont inhibés. Le tableau ci-dessous fait bien apparaître les résultats de ces différentes épreuves chez une malade avant et après suppression des neuroleptiques.

Il est à peine besoin de souligner les formes diverses selon lesquelles peuvent être vécues ces difficultés psychomotrices, allant des troubles de l'écriture à des degrés divers de « maladresse » et d'impuissance professionnelle. La fatigue aggrave tout ; elle est souvent méconnue dans les épreuves du reclassement professionnel et compromet de nombreuses reprises du travail. Telle malade, usant de très faibles doses de serpasil, longuement rééduquée dans un centre, échoue dès qu'elle est placée sur une chaîne.

Nous devons rapprocher de ces manifestations essentiellement psychomotrices cette perte de l'initiative, ou simplement de la spontanéité dans les comportements, signalées par de nombreux auteurs.

Mme A... L... (largactil : 120 mgr. ; serpasil : 4 mgr.)

	Temps de réaction		Trémomètre			Heuyer-Baille		Atelier	
	avec neurolep.	après sup. neurolep.	avec neurolep.	après sup. neurolep.		avec neurolep.	après sup. neurolep.	avec neurolep.	apres sup. neurolep.
					A	6	14	35	86
Ml..	41,6	24,1	N = 825	N = 322	B	6	11	" collect. "	" collect. "
					C	6	10		
Fr .	11	— 1,4	0	—	D	20	23		
					E	8	16		
r...	5,25	0,9			F	25	34		
(1)					G	285"	181"		

Tels des sujets fatigués, les malades apparaissent dans une certaine mesure comme « pris » dans leurs troubles psychomoteurs. Ils ne peuvent les surmonter que sous l'influence d'incitations internes ou externes fortes. Ces difficultés sont ressenties subjectivement — et souvent très péniblement —, sous forme d'inertie, d'apathie, de manque d'entrain. Je suis « momifiée », disait une de nos malades.

2) La forme « psychique » du syndrome neuroleptique ne comporte que peu ou pas de ces manifestations psychomotrices. Les épreuves psychotechniques y sont cependant normales, ou sensiblement normales. En particulier (comme dans la forme précédente d'ailleurs), les tests (le Wechsler-Bellevue, notamment, qui a été pratiqué chez tous les sujets examinés) ne révèlent pas d'altération sensible des opérations intellectuelles, intégrité qui contraste parfois vivement, dans la forme psychomotrice surtout, avec l'expression quelque peu stupide des malades.

Les impressions subjectives pénibles y prennent par contre une place prépondérante. Le meilleur moyen de faire apparaître l'état de ces sujets est de décrire un cas typique.

Observation. — Mlle D... est âgée de 18 ans. Elle est traitée pour la seconde fois dans le service pour un syndrome schizophrénique. Lors des examens, elle se présente avec un faciès, non pas figé, mais peu expressif, d'une tonalité morose sinon dépressive. Ces nuances demeurent d'ailleurs dans les catégories du normal. C'est seulement la comparaison avec une photographie ancienne qui fait apparaître le changement très manifeste de l'expression. Elle y apparaît véritablement une autre.

Mlle D..., chez laquelle il nous a paru impossible de mettre en évidence la persistance de manifestations de type schizophrénique, ne s'en plaint pas moins, sinon de malaises précis que nous-même pourrions rapporter

(1) M1 : Moyenne 1er essai.
Fatigabilité mesurée par : Fr = Dispersion entre moyenne des différents essais.
r = Dispersion entre dispersions des différents essais.

assez directement au neuroleptique, du moins d'une profonde transformation intérieure.

Son caractère, dit-elle, s'est entièrement modifié. De vive, gaie, et même délurée, amie de tous les plaisirs, elle est devenue timide et morose. Par exemple, elle n'a même plus envie de sortir avec un jeune ami qu'elle aime bien parce qu'elle ne serait « plus pareille », « moins en train ».

Tous les sentiments, toutes les activités sont marqués par cette baisse du tonus affectif. « Je vais sortir en permission demain, dit-elle, mais je ne sortirais pas que ce serait pareil. » Elle a dansé à une fête du service, apparemment fort bien, mais « ce n'était plus comme avant », « elle n'était plus swing » et, en définitive, n'aime plus danser. D'ailleurs, « elle ne pense plus aux jeunes gens, cela ne me dit rien ». Même les fonctions les plus élémentaires sont d'une qualité différente, « avant j'avais faim, dit-elle, maintenant, je mange ».

Le travail ne lui est pas impossible, mais, indépendamment d'une assez grande fatigabilité, d'une certaine « faiblesse », c'est surtout l'intérêt pour le travail qui est éteint. Avant, « plus elle travaillait, plus elle avait envie de travailler ». Maintenant, « elle n'a plus d'initiative, plus de goût au travail ». D'ailleurs, toute son activité intellectuelle est entravée d'une façon qu'elle peut difficilement exprimer. Elle fait alors fréquemment le même geste, porte la main à son front, comme pour effacer une impression pénible, une gêne. Elle « ne voit pas ses pensées se dérouler » ; « je ne suis plus rien, mon cerveau est vide ; quand je sortirai tout à l'heure de votre bureau, je ne réfléchirai plus ». Elle ne peut « ni lire, ni retenir, ni même écrire une lettre d'une page », « elle ne pense d'ailleurs pas à autre chose, elle a le cerveau endormi », elle « se désintéresse de tout... ». « Quand je suis sortie de Sainte-Anne (de l'admission), dit-elle encore, j'avais de l'intelligence, et tout est parti. »

Cette asthénie psychique retentit profondément sur son humeur ; elle est triste, découragée, ressent comme une déchéance, qu'elle croit définitive, sa transformation. « Avant, j'avais du culot, maintenant je suis intimidée, je ne pourrai plus faire du vélo, j'aurais trop peur de me faire écraser ; je chantais, je ne chanterai plus ; je ne pourrai plus retravailler, on me prendrait pour une fainéante. » Elle pleure à plusieurs reprises en s'exprimant ainsi.

Comme nous l'avons indiqué, les troubles psycho-moteurs, sans être tout à fait absents, sont cependant très discrets ; les temps de réaction sont normaux, la fatigabilité et l'émotivité (par conscience de ses difficultés) sont grandes.

⁂

Il nous est malheureusement impossible, dans le cadre de cette communication, d'illustrer d'exemples l'existence, cependant fréquente si on la recherche un tant soit peu attentivement, de manifestations de cette double série de symptômes chez les sujets neuroleptisés.

Ils pénètrent cependant de nombreux tableaux cliniques, les com-

pliquent et les déforment, interfèrent de cent façons avec les signes des troubles mentaux dont les sujets sont atteints (surtout dans les états schizophréniques, dépressifs, névrotiques). Il est naturellement difficile de démêler ce qui revient aux neuroleptiques et ce qui appartient à l'affection pour laquelle ils sont utilisés. La contre-épreuve par la cessation du traitement n'est pas toujours facile, certaines manifestations pathologiques pouvant reparaître, sans compter, peut-être, quelques phénomènes de sevrage avec réactivation des symptômes, par exemple des phénomènes hallucinatoires.

Une analyse plus précise des différentes modalités selon lesquelles le syndrome neuroleptique s'intrique avec la maladie mentale se substitue parfois à elle, la complique et la prolonge, n'est pas aisée. Tous les amalgames sont possibles. Nous tenterons cependant d'individualiser quelques formes cliniques.

a) La plus courante, celle sur laquelle de nombreux auteurs, avec nous et avant nous, ont mis l'accent, est une sorte de retentissement « hypocondriaque » des malaises dus aux neuroleptiques. Les Lyonnais, dans le travail déjà cité plus haut, semblent considérer le « syndrome clinique d'imprégnation » par la chlorpromazine comme une période d'intolérance initiale au médicament ; « quand la cure se prolonge, écrivent-ils, le syndrome que nous venons de décrire s'atténue ou disparaît généralement. Le sujet récupère toute sa motricité, la mobilité de son visage, son entrain ». Le fait est certainement exact dans certains cas, mais nous croyons que le syndrome neuroleptique, tel que nous l'avons vu, est au contraire un syndrome tardif, apparaissant après un usage prolongé des neuroleptiques ; il est plutôt progressif (pour une dose donnée). Si l'on se référait à une pathogénie (fort hypothétique), on parlerait plutôt d'un « syndrome d'accumulation » que d'un syndrome d'imprégnation.

Il nous a d'ailleurs paru que la tolérance aux neuroleptiques, plus exactement que l'importance des effets « négatifs », est assez souvent inversement proportionnelle à celle des symptômes. Lorsque ceux-ci s'atténuent, les phénomènes de la série neuroleptique s'accroissent (ils ne sont pas seulement plus apparents). Une telle impression clinique est naturellement assez incertaine.

Au total, dans ce premier ordre de faits qui paraît visé par la plupart des auteurs, il y a une relation en quelque sorte directe et compréhensible entre les troubles produits par le neuroleptique et la réaction du malade. « Les effets psychologiques primitifs de la chlorpromazine peuvent entraîner des troubles secondaires, par exemple une inquiétude parfois assez vive, concernant les conséquences de l'expérience », écrivent J.-M. Sutter et G. Pascalis. H.-J. Barahona-Fernandes a constaté, de son côté, que « certains hypomaniaques, paranoïaques, personnalités déséquilibrées et névrotiques n'acceptent pas facilement l'effet calmant et la baisse d'activité ». Pour P. Held, « l'hypotension que redoutent certains patients est un

mot lourd de résonances affectives pour beaucoup d'anxieux ». Ces phénomènes, et quelques autres (l'acathisie, notamment), ainsi que les « incidents mineurs » de la cure neuroleptique, ne posent pas de problèmes diagnostiques et thérapeutiques trop difficiles. A un certain point de vue, il en va de même des syndromes pseudo-parkinsoniens, pseudo-catatoniques, qui entraînent tôt ou tard une réduction des doses et des symptômes.

b) Mais nous pensons (avec Barahona-Fernandes, au moins semble-t-il) que les effets neuroleptiques vont souvent beaucoup plus loin et s'expriment sous la forme d'une action globale sur le comportement, l'activité, les rapports humains, qui peut avoir les conséquences les plus fâcheuses.

Il est vrai que les neuroleptiques facilitent grandement le contact et la psychothérapie de nombreux malades. Mais il s'agit surtout des sujets anxieux ou agités-opposants. Inversement, chez des déprimés, certains schizophrènes atones, etc., le syndrome neuroleptique entraîne un repliement sur eux-mêmes plus marqué, réduit leur participation à la vie collective, les isole. Sans doute ne sont-ils pas inaccessibles à des actions individuelles, mais chacun sait que celles-ci sont très limitées dans la vie réelle des services psychiatriques. La psychothérapie diffuse, si l'on peut dire, réalisée par le climat de l'hôpital, ses rapports humains, ses activités, etc... (la seule souvent existante), les atteint peu et parfois moins qu'auparavant. C'est ainsi que certains états dépressifs traités par les neuroleptiques s'effacent moins rapidement que par la mise en œuvre des thérapeutiques classiques, et tendent parfois à se prolonger indéfiniment.

c) Plus profondément encore, nous nous trouvons, plus souvent qu'on ne le pense généralement, en présence de modifications, non plus partielles, et en quelque sorte extérieures à la personnalité, mais intégrées à celle-ci, vécues comme une transformation du moi. Si l'on veut bien admettre avec nous, malgré une analyse trop sommaire, que la jeune D..., dont nous avons retracé plus haut le tableau clinique, n'est plus une schizophrène, et qu'il s'agit à peu près exclusivement de manifestations dues au largactil, on peut parler chez elle d'une véritable « maladie neuroleptique », qu'il n'est pas toujours aisé de reconnaître.

C'est ainsi que des « états dépressifs » ont été assez fréquemment observés chez des sujets atteints d'hypertension artérielle et traités par la réserpine. Certains de ces états correspondent manifestement au syndrome neuroleptique. Mais d'autres, observés par des psychiatres, se sont présentés comme de « véritables dépressions mélancoliques », avec tendance à l'auto-dépréciation, à l'auto-accusation, idées de suicide, etc...

Est-il besoin de souligner qu'il est possible (que cela nous est arrivé personnellement plus d'une fois) de méconnaître la nature des troubles présentés par ces malades, et d'engager leur traitement dans des

voies complètement erronées, dans quelques-uns de ces cercles vicieux thérapeutiques que la psychiatrie a, historiquement, si souvent ouverts et refermés.

La chlorpromazine et la réserpine, utilisées d'une manière extensive, ne créent pas seulement ces salles de musée Grévin qu'il nous a été donné de voir (et de réaliser dans quelque mesure nous-mêmes), ces indifférences, ces impuissances et ces solitudes neuroleptiques, si peu « psychothérapiques » en définitive, elles réalisent des atteintes plus subtiles et parfois inapparentes de la personnalité même des malades, qui peuvent entraîner, à l'hôpital ou après la sortie, des erreurs, des difficultés et des échecs dont l'importance ne nous paraît pas assez reconnue.

⁂

Ce sont ces considérations générales — trop sommaires, nous le reconnaissons volontiers — sur lesquelles nous voudrions terminer.

a) A y bien réfléchir, il y a quelque chose d'assez étonnant — et aussi d'assez alarmant — dans le développement extraordinaire de la thérapeutique par les neuroleptiques. Dans certains services, 70 % des malades y ont été soumis simultanément, 50 % de nos malades en recevaient, à un moment donné. A l'hôpital psychiatrique de Villejuif il a été consommé mensuellement, depuis le 1er janvier 1956, 85 litres 75 cl. de largactil en gouttes, 3.114 ampoules, 14.150 comprimés (de doses diverses), 800 suppositoires. En outre, 1.300 ampoules de serpasil, 16.050 comprimés à 1 mgr., 5.350 à 1/4 de mgr.

Il faut bien que la place prise par cette thérapeutique ait été vide, ou à peu près, ce qui, rapproché du succès — puis de l'abandon — de pas mal d'autres traitements psychiatriques, conduit à une méditation assez désenchantée.

b) Une utilisation aussi massive comporte — a comporté au moins dans notre service — une « dégradation » de la thérapeutique analogue à celle de la clinique signalée par Barahona-Fernandes. Sur le plan médicamenteux, les neuroleptiques (ou les produits analogues plus récents), bien que parfois moins indiqués que le gardénal à doses filées, les bromures, les opiacés, etc..., tendent à être exclusivement utilisés. D'un point plus général, la thérapeutique en vient à se réduire à l'usage des neuroleptiques. La diminution ou l'augmentation des doses prescrites deviennent les seules initiatives d'un traitement monotone, « stéréotypé », parfois indéfiniment prolongé, duquel tout est attendu.

c) L'apaisement produit chez les malades par les neuroleptiques s'étend quelque peu au personnel médical et infirmier. Le silence et la torpeur prennent la place du bruit et de la fureur. Les problèmes soulevés par une symptomatologie plus dramatique, parfois résolus, ne sont souvent que masqués par une indifférence ou une apathie qui

demeurent symptomatiques. La multiplication des sorties d'essai, des reprises de la vie normale que permettent ces traitements, posent à tous les services des problèmes de réadaptation sociale plus nombreux. Ils sont aussi plus délicats, le syndrome neuroleptique y ajoutant, dans un assez grand nombre de cas, ses problèmes propres. Il semble que, dans la mesure où le rythme des sorties en est accéléré, où une proportion plus importante de malades doit être suivie et traitée en post-cure, l'usage extensif des neuroleptiques devrait comporter un accroissement substantiel du personnel médico-social, nécessité qui ne paraît pas toujours très bien réalisée à tous les sens de ce mot. Faute de quoi, des rechutes, à plus ou moins longue échéance, des échecs ou des semi-échecs de la réinsertion familiale et surtout professionnelle, quelquefois de véritables « invalidités neuroleptiques », etc..., risquent d'entraîner des incidents, une déception, puis une défaveur, qui seraient à la mesure des espoirs suscités chez tous les psychiatres — et les administrateurs — par ces thérapeutiques nouvelles.

Certains de ces derniers ne cachent pas leur intention de freiner les programmes d'équipement ou de réforme des services psychiatriques, dont la nécessité ne leur paraît plus aussi pressante depuis que les neuroleptiques, à entendre les médecins eux-mêmes, ont radicalement transformé la thérapeutique psychiatrique.

Pour notre part, cependant, nous sommes frappés du nombre de sujets à la fois améliorés et aggravés, de cet états intermédiaires où la maladie se mêle de plus en plus étroitement aux effets neuroleptiques, pour lesquels nous ne savons plus très bien où nous en sommes et ce qu'il convient de faire. Nous sommes un peu effrayés devant ces traitements, prolongés déjà depuis des années, et qui ne conduisent à aucune solution. Il n'est pas vrai que les neuroleptiques soient, au moins habituellement, le gardénal des psychoses. La comparaison n'est valable à aucun point de vue. Nous le répétons, il n'est pas question ici de dresser un réquisitoire quelconque à l'égard de thérapeutiques dont, comme nos collègues, nous sommes bien heureux de disposer, mais d'exposer franchement un certain nombre de questions qui nous semblent se poser de plus en plus impérieusement.

Des constatations statistiques viennent en effet éveiller une certaine réserve vis-à-vis de l'usage extensif des neuroleptiques, dont la plupart des auteurs (et nous-mêmes) célèbrent cependant à l'envi les heureux résultats. A lire les communications, articles et traités sur le sujet, on a l'impression qu'un progrès décisif a été atteint par la thérapeutique psychiatrique. Les pourcentages les moins favorables de « guérisons sociales », de sorties, de « bonnes rémissions », sont encore très élevés. Cependant il se trouve, bien que, pensons-nous, la pratique des neuroleptiques soit générale en France, que le nombre des entrées et des sorties, leurs taux réciproques, ne se sont pas très sensiblement modifiés, à l'échelon national, depuis l'introduction de cette thérapeutique. Le Secrétariat d'Etat à la Santé publi-

que et à la population a bien voulu nous communiquer ces chiffres, que nous reproduisons ci-dessous (1).

	Admissions	Réintégrations	Total	Sorties	%
1952.....	41.323	7.982	49.305	37.251	77,7
1953.	40.024	7.938	53.962	41 162	76,2
1954.....	47.446	9.085	56.531	44 597	78,8
1955.....	48.744	10.972	59.716	48.521	81,1

Le chiffre des sorties s'est, on le voit, élevé régulièrement entre 1952 et 1955, passant de 37.251 à 48.521, soit une augmentation de 11.270 ; celui des entrées (première admission) assez sensiblement moins (7.421). Mais le nombre des réintégrations s'est accru (accroissement dont il serait intéressant de faire l'analyse) de près de 3.000 unités, et le pourcentage des sorties par rapport à l'ensemble des admissions est seulement passé de 77,7 à 81,1. On ne voit guère se refléter dans ces chiffres, d'ailleurs encourageants, l'avènement d'une ère thérapeutique nouvelle. Nous n'ignorons nullement les objections qu'on peut leur opposer (elles vont d'ailleurs plutôt dans le sens d'une augmentation du nombre des sorties pour d'autres raisons que des succès thérapeutiques : sorties par « regorgement », attitude plus libérale, etc...). Il nous a semblé, en tout cas, que nous devions les proposer, à côté des remarques cliniques exposées plus haut, à la réflexion de nos confrères.

Discussion

M. Leyritz félicite Le Guillant et ses collaborateurs de leur franchise. Il constate que cette communication est une illustration de l'empirisme des thérapeutiques généralement employées en psychiatrie et estime que l'instauration de méthodes médicales biologiques, appuyées sur les recherches de laboratoire, seront seules capables de sortir les thérapeutiques psychiatriques de leurs incertitudes.

Il rappelle l'article de MM. Delay et Thuillier, publié il y a quelques mois dans la *Semaine des hôpitaux,* où il est fait mention de l'importance du noyau indol et de la sérotonine et demande si des recherches ont été faites sur les rapports des taux sériques de la sérotonine et du largactil.

M. Pichot rappelle des travaux récents sur l'étude de l'action des neuroleptiques (chlorpromazine) sur les résultats à une série de tests psychomoteurs (*Psychiatric Quarterly,* 1956). Il en ressort, de la comparaison des résultats des mêmes sujets sous l'influence de placebo, barbiturique, chlorpromazine, qu'alors que le barbiturique diminue significativement le niveau de la performance, la chlorpromazine ne produit pas d'effet différant signi-

(1) L. Le Guillant, M. Pariente, J. Kestenberg, A. Fernandez, Mlles Huguet et Verdier, Mmes Vézinet, Bailly, Barbier, Bégoin : Il s'agit de la population totale (hommes, femmes et enfants).

ficativement du placebo. L'existence de syndromes psychomoteurs particuliers, sous l'influence de la chlorpromazine, est bien connue.

Les résultats rapportés ici soulignent néanmoins le caractère accidentel aux doses usuelles et en l'absence d'intoxication chronique de ce syndrome psychomoteur, même sous sa forme mineure.

Mme Ragu-Frey. — Les avantages incontestables de la médication neuroleptique ont amené l'extension de son emploi aux troubles du caractère chez l'enfant. Son utilisation massive et prolongée souvent hors des limites de la prescription peut provoquer dans certains cas un syndrome évoquant un retard psychique et même psychomoteur. Nous l'avons observé chez des enfants examinés au préalable au cours d'un séjour en pouponnière, où leur « quotient » de développement psychomoteur est systématiquement l'objet d'investigations dans le but d'éviter les inconvénients de la vie en collectivité.

Ces enfants sont revus après leur sortie pour contrôler leur réadaptation à la vie familiale et aider si nécessaire à leur réintégration, et leur développement psychomoteur est à nouveau précisé.

Or, il est arrivé que le changement de milieu conditionne une instabilité psychomotrice gênant l'entourage éducatif et entraînant la prescription d'une thérapeutique neuroleptique dont le renouvellement prolongé nous a paru provoquer une régression ou une stagnation du développement psychomoteur chez des enfants dont l'apathie et l'indifférence compromettaient l'adaptation scolaire.

M. Bonnafé. — Un mot, un fait plutôt, pour montrer que les soucis des auteurs ne sont pas vains, sur les incidences paradoxales de nos succès dans certaines sphères administratives. Il y a trois jours, dans mon établissement, l'administration a bien admis de stabiliser notre effectif de personnel à son nombre actuel malgré la baisse sensible du nombre de malades (et même de nous donner six infirmiers de plus pour cinq médecins), mais a décidé que si l'effectif des malades continuait à baisser à l'avenir, l'effectif du personnel devrait être réduit proportionnellement.

M. L. Fouks. — Que M. Le Guillant et ses collaborateurs me permettent de les féliciter vivement pour leur très belle communication.

Il est certain que les neuroleptiques posent des problèmes très importants. Je ne crois d'ailleurs pas que leur emploi pourrait entraver la rénovation des établissements psychiatriques. Il nous appartient au contraire d'éclairer l'administration en lui montrant et en insistant sur le fait que, pour profiter au maximum des possibilités de ces thérapeutiques, il nous faut des services complètement rénovés et transformés. Grâce aux neuroleptiques, en effet, l'asile de fous est définitivement perdu.

Je n'insisterai pas sur l'aspect pittoresque et humoristique de cette communication, qui a d'ailleurs sa raison d'être, à condition toutefois de ne pas exagérer. Je suis tout à fait d'accord avec Le Guillant et je lui donne raison contre les Lyonnais.

Il est certain que le syndrome neuroleptique qu'il a si brillamment décrit est un syndrome tardif d'accumulation toxique. Je me permettrai seulement d'insister sur un aspect un peu particulier de ce syndrome dont j'ai pu observer trois cas récents typiques. Il s'agissait de malades ayant une grande instabilité psychique, incapables de fixer leur attention. Elles ne pouvaient s'astreindre plus de cinq minutes à une même tâche. Elles présentaient en outre une déambulation incessante, véritable akathisie avec une danse extrêmement pittoresque d'un pied sur l'autre s'accompagnant d'une véritable danse de toute la musculature bucco-faciale, mouvement incessant d'ouverture et de fermeture de la bouche et des lèvres avec des mouvements et des grimaces de moue, de succion, de grognement, ainsi que des mouve-

ments de protrusion de la langue, voire même des mouvements de déglutition incessants, ce que nous avons appelé dans le service : le syndrome de la bouche.

En ce qui concerne les états dépressifs, dans mes premières communications j'ai insisté sur le fait que l'indifférence, l'apathie, l'asthénie psychique provoquées par les neuroleptiques réalisant un véritable état d'ataraxie étaient très différemment appréciées en Occident et en Orient. En Orient, cet état ataraxique semble bien venu et souhaité. Chez nous, au contraire, en raison de notre mentalité activiste, il n'est pas douteux que cet état est très douloureusement ressenti et aggrave les malades, en particulier les déprimés et les névrosés, qui ont toujours tendance à s'analyser et qui trouvent là un motif objectif de se lamenter. C'est pourquoi depuis longtemps j'ai renoncé aux neuroleptiques dans ces états et je leur ai substitué avec profit les tranquillisants, particulièrement le méprobamate et le chlorbenzhydryl-hydroxyéthoxyéthyle-diéthylène-diamine.

Un dernier point encore : je ne suis pas de l'avis de Le Guillant lorsqu'il évoque le danger d'une thérapeutique omnibus et d'un essai exclusif des neuroleptiques. Les progrès de la chimiothérapie, dont la rapidité dépasse tout ce que nous avions espéré, laissent au contraire présager que nous allons vers une thérapeutique de plus en plus sélective. C'est ainsi que les neuroleptiques, comme je viens de le dire, sont contre-indiqués dans les états dépressifs et névrotiques. Il y a même là une raison d'inquiétude pour l'avenir. De même que nous avons réussi, grâce à la science atomique, à acquérir du pouvoir sur la matière, il est certain que, par la chimiothérapie, nous sommes en train d'acquérir un pouvoir surprenant sur l'esprit, et il y a là un danger qui me paraît bien plus effoyable que le danger atomique.

M. P. Deniker. — Tout en admettant la justesse de certaines remarques des auteurs, j'ai été surpris de la virulence de leur réquisitoire contre les cures neuroleptiques, qui m'a rappelé certaines controverses qui ont eu lieu ici à propos des méthodes de choc. J'avoue n'avoir pas saisi la signification du travail qui vient de nous être présenté.

S'agit-il de mettre en lumière les troubles psychomoteurs induits par les neuroleptiques ? Ils sont parfaitement connus depuis plusieurs années, et il semble que leur apparition soit avant tout fonction de la posologie et de la conduite des cures.

S'agit-il de dénier les progrès apportés par les médicaments neuroleptiques en psychiatrie, ou au contraire d'insister sur les problèmes de réadaptation que posent à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique comme à l'extérieur les améliorations substantielles enregistrées avec les nouveaux traitements ? Je ne pense pas que le meilleur moyen d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur ce qu'on a pu appeler une « ère nouvelle en psychiatrie » soit de présenter les chimiothérapies comme génératrices de « maladies », voire d' « infirmités » thérapeutiques qu'un certain nombre de précautions élémentaires permettent généralement d'éviter.

S'agit-il enfin de définir l'action des médicaments nouveaux ? Ce serait fort utile, mais il paraît difficile d'admettre qu'on puisse restreindre une telle définition aux inconvénients et accidents du traitement. Les troubles psychomoteurs dus à la chlorpromazine et à la réserpine, qu'on a pu rattacher à la série extra-pyramidale comme à la série catatonique, entrent dans la définition que nous avons donnée des neuroleptiques ; cependant, nous avons cru pouvoir y faire figurer également leur action assez remarquable sur l'excitation psychique, l'agitation et l'agressivité, ainsi que leurs propriétés réductrices des mécanismes psychotiques qui sont notamment le fait des traitements de longue durée.

M. Le Guillant. — J'ai lu une analyse des travaux dont a fait état le Dr Pichot. Il me semble que la recherche n'a pas porté chez des sujets

très longuement soumis à la chlorpromazine. Ceux-ci, ne présentant pas de syndrome neuroleptique, ne sauraient naturellement en avoir les symptômes psychomoteurs. Ces derniers sont d'ailleurs généralement tout à fait apparents cliniquement.

Je m'étonne un peu de l'émotion manifestée par M. Deniker. Il est évident, en effet, que nous n'avons aucune opposition de principe à la thérapeutique par les neuroleptiques, ainsi que cela est souligné à plusieurs reprises dans notre communication. Comme nous l'avons indiqué, une très forte proportion de nos malades a reçu et continue à recevoir des neuroleptiques. Nous avons présenté ici-même les heureux résultats obtenus chez cent psychoses chroniques. Mais nous avons pensé ne pouvoir passer sous silence les importants aspects négatifs de ces traitements, également observés dans notre pratique.

Il est clair, d'autre part, que l'expression « syndrome neuroleptique », que nous avons utilisée pour caractériser ces aspects négatifs, ne vise pas l'ensemble des effets de ces médicaments. On peut critiquer cette expression qui, en effet, n'est pas pleinement satisfaisante, mais les faits qu'elle recouvre nous semblent hors de contestation.

En ce qui concerne leur fréquence et leurs incidences dans la vie d'un grand nombre de services psychiatriques, il suffit malheureusement, croyons-nous, d'y pénétrer pour en être frappé.

Enfin, on voit mal en quoi le fait de souligner, dans une communication à une société savante, que le traitement par les neuroleptiques doit être réalisé dans des conditions matérielles permettant son individualisation et son association avec d'autres interventions pour en obtenir tous les effets favorables, comme pour éviter ou limiter ceux qui sont fâcheux, serait de nature à nuire au progrès de l'équipement psychiatrique. C'est bien, au contraire, la méconnaissance des exigences d'une bonne administration de cette thérapeutique, qui pourrait avoir de telles conséquences.

C'est pourquoi je remercie le Dr Fouks, avec lequel nous sommes en complet accord, d'avoir souligné ces exigences, et le Dr Bonnafé d'avoir rapporté des faits personnels montrant que certaines des appréhensions dont nous vous avons fait part à cette Société n'étaient pas sans fondement.

En ce qui concerne les phénomènes d'hyperkinésie observés par le Dr Fouks, une expérimentation chez l'animal, placé dans des conditions d'administration chronique de la chlorpromazine, expérimentation encore trop incomplète pour que ses résultats puissent être relatés ici, montre leur fréquence et leur importance chez le lapin et le rat. Des états presque inverses de ceux observés chez l'homme surviennent après un certain temps et paraissent soulever des problèmes physiopathologiques très intéressants. Ils feront l'objet d'une prochaine communication.

Le syndrome neuroleptique : prévention et traitement, par MM. Le Guillant et ses collaborateurs

Ainsi que nous l'avons indiqué dans notre précédente communication, le syndrome neuroleptique, par sa fréquence, par les difficultés de tous ordres que les manifestations qui le constituent opposent à la guérison ou à la réadaptation sociale des malades, par les atteintes en profondeur de la personnalité qu'il réalise parfois et, enfin, par ses formes inapparentes, constitue une sérieuse contrepartie aux aspects bienfaisants incontestables de l'action des neuroleptiques.

Sans doute, sa prévention ou la limitation de ses effets nocifs consis-

tent-elles d'abord dans une prescription plus individualisée et une surveillance plus attentive des cures neuroleptiques. La recherche d'une dose optima, pour chaque cas et à chaque moment de l'évolution, doit notamment être une préoccupation constante du médecin traitant.

Nous avons précédemment (dans une communication à cette Société) indiqué un certain nombre de petits moyens qui nous ont paru de nature, d'une part à permettre de tirer tout le parti possible des effets « neuroleptiques », et, d'autre part, d'éviter ou de remédier dans une certaine mesure à leurs inconvénients. Nous n'y reviendrons pas, si ce n'est pour insister sur l'action bienfaisante, tant vis-à-vis des aspects psychiques du syndrome neuroleptique, que sur les psychomoteurs, des activités de tous ordres, de la gymnastique au travail, en passant par les jeux, la danse, les sorties, etc... On observe fréquemment, sous leur influence, une sorte de « déblocage » de sujets mentalement et physiquement très figés. Inversement, cependant, il convient d'éviter un rythme, une durée, une intensité de ces activités, qui atteindraient le point où la fatigue, l'impression d'incapacité et les échecs remettraient tout en question.

Plus qu'aucune autre thérapeutique psychiatrique peut-être, la neuroleptique exige des interventions médicales incessantes, la mise en œuvre concomitante et intensive de mesures psychothérapiques de rééducation et de réadaptation, tant à l'intérieur de l'hôpital qu'au dehors.

⁂

Mais nous voudrions aborder particulièrement aujourd'hui le problème des « correcteurs », auquel nous avons consacré une étude, tant expérimentale que clinique et psychotechnique, assez approfondie.

Nous avons recherché chez nos malades les effets de différents produits : chlorhydrate d'heptaminol (heptamyl), chlorhydrate de pripadol (mératran), trihexyphénidyle (artane), chlorhydrate de phényl-iso-propilamine (maxiton).

Nous tenons d'abord à souligner combien des examens cliniques et psychotechniques attentifs sont révélateurs de ces modifications du syndrome neuroleptique introduites par les circonstances et événements. Le tableau ci-dessous fera apparaître les variations des résultats aux différentes épreuves psychomotrices chez une malade (choisie comme exemple) avant et après une « permission ».

Nous étudierons maintenant l'action de ces différents produits, d'une part sur les syndromes à prédominance psychomotrice, d'autre part sur ceux à prédominance psychique. Pour éviter des tableaux et des commentaires excessivement étendus, nous nous bornerons à reproduire les résultats d'un certain nombre de ces exemplaires, accompagnés des quelques indications indispensables.

		Temps de réaction		Trémomètre			Heuyer-Baille	
		avant permission	après permission	avant permission	après permission		avant permission	après permission
Mlle B.								
Serpasil :						A	14	12
8 mgr.....	Ml	20,3	21,7	348*	207*	B	4 (2)	12
						C	11	11
+ 4 Hept..	Fr	— 5,3	— 0,8	+	+	D	26	25
						E	10	11
+ 4 Art....	r	— 2	— 2 8			F	34	33
						G	194″	166″
	(1)							

1) *Artane et heptamyl :*

Mlle B... (serpasil : 12 mgr.). — Syndrome à prédominance motrice. Il s'agit d'une jeune schizophrène assez profondément touchée. Elle se présente (sous neuroleptiques) avec une allure voûtée, les bras tombants, tenus raides, une démarche lourde, sans souplesse. Le visage est figé, comme coulé dans le plomb. Le contact est difficile, l'indifférence totale. Elle sait mal expliquer en quoi elle est gênée, accepte docilement toutes les hypothèses proposées. Elle est absolument inactive dans le service.

L'artane modifie sensiblement la présentation générale de la malade. Le visage est détendu, l'allure plus souple, moins hypertonique. Par contre, elle donne toujours une impression de fatigue accentuée. Quand on adjoint l'heptamyl, la même détente est observée, mais la fatigue semble avoir également disparu. La malade dit se sentir mieux, parle plus facilement et coopère mieux aux épreuves. Celles-ci donnent les résultats suivants :

Mlle B..., serpasil : 12 mgr.

	Temps de réaction			Trémomètre			Heuyer-Baille		
	avant correc.	+ art.	+ art. + hept.	avant correc.	+ art.	+ art. + hept.	avant correc.	+ art.	+ art. + hept.
							A 10	15	11
Ml..	22.9	21	22,3	N = 489	276	324	B 8	5	10
							C 9	9	12
Fr..	— 1	— 0,2	— 9,8	+	+	+	D 22	28	27
							E 16	12	12
r...	— 6,6	— 4,6	— 3,25				F 28	38	32
							G 185″	175″	163″

(1) Ml : Moyenne 1er essai.
Fatigabilité mesurée par : Fr = Dispersion entre moyenne des différents essais.
r = Dispersion entre dispersions des différents essais.

(2) La malade présentait à ce moment (avant la permission) des troubles de la vue secondaires au traitement par l'Artane.

On voit que l'artane seul entraîne une faible diminution de la moyenne du temps de réaction et un coefficient de fatigabilité toujours négatif.

L'adjonction de l'heptamyl à l'artane accuse le progrès de la moyenne au cours des trois essais, aux dépens d'une dispersion plus grande des résultats. On peut noter à ce propos que la malade, soumise à ces deux correcteurs, présentait une émotivité et une impatience accrue.

Les tremblements diminuent presque de la moitié avec l'artane, un peu moins avec l'heptamyl : ceci dû sans doute à une plus grande impatience vis-à-vis de l'épreuve dans ce dernier cas.

Dans l'ensemble, et sur le plan quantitatif, l'épreuve de motricité fine voit ses performances accrues. Les quelques résultats aberrants sont dus à des troubles visuels provoqués par l'artane.

Sur le plan qualitatif, on observe des différences assez grandes lorsque la malade est à l'artane seul et quand on y adjoint de l'heptamyl. Dans le premier cas, les gestes sont plus souples mais fatigués. On note une préhension molle et empâtée des objets. Dans le deuxième cas, on remarque une tonicité accrue des gestes avec tremblements, de la rapidité et de l'allant dans l'exécution des tâches. Encore là, le sujet est plus coopérant qu'avec les seuls neuroleptiques. Mais on note par ailleurs une plus grande émotivité, réagissant secondairement sur la correction des gestes.

Mme C... (serpasil : 6 mgr.) est un cas de syndrome neuroleptique à prédominance psychique où l'adjonction d'un correcteur a permis une transformation complète de l'état de la malade se traduisant par la diminution de la sensation de fatigue et par la reprise des activités dans le service.

La malade était quelque peu figée, le visage inexpressif, déambulant sans cesse, sans aucune activité. Elle décrivait avec complaisance les troubles ressentis, qu'elle orchestrait et dont elle faisait le sujet de continuelles ruminations hypocondriaques. Ces troubles consistaient essentiellement en une impression de ralentissement moteur, voisine de l'engourdissement et même, disait-elle, de la « paralysie », la « perte complète de ses forces » lui interdisant toute activité.

Après l'administration de 4, puis 6, puis 8 comprimés d'heptamyl, la malade est différente d'allure : elle est sthénique, moins figée. Son comportement a changé totalement : d'oisive, elle est devenue assidue à l'atelier, réalisant des rendements toujours meilleurs. Les ruminations hypocondriaques sont moins intenses, moins intégrées dans sa personnalité. Elle

	Temps de réaction				Trémomètre			
	avant corr.	+ 4 hept.	+ 6 hept.	+ 8 hept.	avant corr.	+ 4 hept.	+ 6 hept.	+ 8 hept.
Ml.....	48,8	37,3	31,9	28,2	397	333	288	179
Fr.....	— 3,8	31,6	2	— 13	—	—	—	+
r..	— 3,1	12,25	— 3,7	4,8				

voudrait être débarrassée complètement de ses malaises pour recouvrer une activité normale. Elle se sent moins fatiguée et prend plaisir à s'occuper.

L'examen psychotechnique va dans le même sens que l'observation clinique. On voit qu'il s'est produit une baisse très importante de la moyenne du premier essai. Le coefficient de fatigabilité, redevenu d'abord positif, sans doute par suite d'une difficulté à être attentif, est ensuite négatif. La dose de 8 comprimés d'heptamyl est bien supportée. Testée deux fois avec cette même dose, il semble toutefois qu'il se réalise une certaine accoutumance. La moyenne au temps de réaction s'accroît. Les tremblements diminuent très nettement. On note une remontée légère quand la dose de 8 comprimés d'heptamyl est poursuivie, avec également une tendance à la fatigabilité. La brusquerie des gestes et l'impatience à l'épreuve font imputer ces résultats à une nervosité, sans doute due au correcteur.

L'étude de la motricité fine révèle sur le plan quantitatif un accroissement assez important des différentes performances, progrès qui s'accentue avec l'augmentation des doses du correcteur. Sur le plan qualitatif, les gestes sont souvent nerveux et, de ce fait, mal ajustés. Les progrès concernent surtout les tâches automatiques et peu complexes. On note aussi une souplesse et une meilleure coordination des gestes.

Les rendements à l'atelier croissent régulièrement. Ceci est dû, pour une part au fait que la malade y va plus assidûment, mais aussi est parallèle à l'augmentation des doses du correcteur.

2) *Maxiton :*

Mme T... (serpasil : 9 mgr.). — Le syndrome est à prédominance psychomotrice. La malade est raide, figée, sa démarche automatique. Observée alors qu'elle s'occupe à l'atelier, on la voit gênée dans ses mouvements, du fait de tremblements importants et irrésistibles. De plus, la malade reste difficilement les yeux ouverts tant est grande son envie de dormir. Elle semble accomplir un très grand effort sur elle-même pour effectuer son travail.

Elle insiste avant tout sur ces somnolences, qui l'entravent dans toutes ses occupations. Elle persévère néanmoins, n'a ni désintérêt, ni dégoût à s'occuper. Elle déplore seulement d'avoir à faire tant d'efforts pour accomplir ses tâches quotidiennes. Par ailleurs, elle se plaint de raideur et de

	Heuyer-Baille				Atelier montage		
	Avant corr.	+ 4 hept.	+ 6 hept.	+ 8 hept.	avant corr.	+ 4 hept.	+ 6 hept.
A	9	11	13	15	78	111	211
B	8	8	10	15			
C	14	18	16	19			
D	23	27	30	28			
E	14	20	18	16			
F	38	50	52	44			
G	192	168	156	174			

tremblements dans les mains sans pourtant être gênée dans ses travaux coutumiers et dans ceux qu'elle effectue à l'atelier.

L'écriture est perturbée : les lettres sont mal formées, tremblées. On note une légère crispation. Une phrase de 19 mots est transcrite en une minute trente-cinq secondes.

L'administration de trois comprimés de maxiton par jour a entraîné les effets suivants. Comportement : l'aspect extérieur de la malade est peu différent. Elle est toujours raidie et figée. Les tremblements subsistent. Par contre, les somnolences sont beaucoup moins importantes. La malade est plus alerte, ne s'endort plus sur son travail.

Elle se trouve beaucoup mieux depuis l'adjonction du maxiton à son traitement. Elle ne s'endort plus, n'a plus à faire d'effort pour l'accomplissement des tâches quotidiennes, se trouve plus agile dans ses mouvements.

Mme T... (serpasil : 9 mgr.)

	Temps de réaction		Trémomètre			Heuyer-Baille		Écriture		Atelier	
	serpasil	serpasil + 3 max.	serpasil	serpasil + 3 max.		serpasil	serpasil + 3 max.	serpasil	serpasil + 3 max.	serpasil	serpasil + 3 max.
					A	12	16				
Ml..	30,1	22,6	645°	429°	B	9	14	1'35"	1'20"	49 voit.	52 voit.
					C	15	14				
Fr..	— 3	— 12,8	—	+	D	27	28				
					E	16	18				
r...	1,3	— 9,1			F	38	37				
					G	155"	154"				

L'examen psychotechnique montre une diminution nette de la moyenne du temps de réaction pour le premier essai. Le temps de latence (22/100 de seconde) est redevenu normal. De plus, la fatigabilité est négative pour la moyenne et la dispersion des résultats.

Le nombre des tremblements a baissé de façon nette mais au prix d'un effort important. La fatigabilité est positive. Les tremblements sont toujours continus mais moins amples parce que mieux inhibés.

L'étude de la motricité fine révèle sur le plan quantitatif une augmentation légère des performances, sauf pour les épreuves mettant en jeu les mouvements les plus fins et les plus complexes (cf. épreuves C et F). Qualitativement, les troubles restent les mêmes et sont aussi importants. L'écriture est toujours perturbée, avec une crispation accrue. La phrase de 19 mots est transcrite un peu plus rapidement : une minute vingt secondes. Les performances à l'atelier sont comparables.

Il semble donc que le maxiton entraîne une sensation de mieux-être très sensible de la malade. Par ailleurs, l'action sur les troubles psycho-moteurs est objectivement peu marquée.

3) *Mératran :*

Mlle M... (largactil : 240 mgr.) présente un syndrome neuroleptique net, à la fois psychomoteur et « psychique ». Malade très figée, démarche difficile,

bras ballants, visage inexpressif. Interrogée, elle se plaint de son manque de goût à s'occuper. Elle se sent raide, empâtée (elle a d'ailleurs engraissé de 17 kilos en neuf mois). « Avant, dit-elle, j'avais de l'énergie, j'étais alerte et j'avais de la force. »

L'écriture est un peu perturbée. On note une difficulté à former les lettres, qui sont tremblées et très irrégulières. La malade se plaint d'avoir toujours eu une vilaine écriture mais, en temps normal, elle pouvait la transformer et la rendre lisible ; avec les neuroleptiques, elle ne le peut plus. Une phrase de 20 mots est transcrite en une minute sept secondes.

Après administration de trois comprimés de mératran par jour, l'allure de la malade est inchangée. On note même une aggravation de son syndrome pseudo-parkinsonien. Par ailleurs, la malade ne se sent pas du tout améliorée par le correcteur et vit dramatiquement la gêne que lui occasionne son syndromes neuroleptique.

Mme M... (largactil : 240 mgr.)

	Temps de réaction		Trémomètre			Heuyer-Baille		Écriture	
	largactil	largactil + 3 mer.	largactil	largactil + 3 mer.		largactil	largactil + 3 mer.	largactil	largactil + 3 mer.
					A	8	7		
Ml....	29,8	26	330°	225°	B	11	4	1'7'	1'7"
					C	11	10		
Fr....	4,5	2,6	+	—	D	25	33		
					E	16	12		
r.....	5,45	— 1,3			F	39	35		
					G	186'	176"		

L'examen psychotechnique révèle, on le voit, pour le temps de réaction, une légère baisse du temps de latence : 25/100 de seconde, une fatigabilité toujours positive pour la moyenne des résultats, mais moindre et devenue négative pour la dispersion.

Le nombre d'erreurs au trémomètre est moindre. La fatigabilité négative. Les tremblements du même type que ceux décrits précédemment surviennent en crises plus rares.

Aux épreuves de motricité fine, on note sur le plan quantitatif des performances dans l'ensemble des épreuves nettement inférieures, avec pourtant un léger progrès pour celles qui sont les plus automatiques et ont une grande composante dynamique.

Sur le plan qualitatif, les troubles restent les mêmes, mais aggravés. L'écriture est toujours perturbée. La phrase est transcrite dans le même temps.

Le mératran n'a apporté aucune transformation du syndrome neuroleptique de la malade et, contrairement au maxiton, il ne lui a pas procuré de sensation de bien-être.

Notre expérience des correcteurs du syndrome neuroleptique, surtout de l'heptamyl et des amphétaminiques, est aujourd'hui assez

étendue, mais il nous a paru préférable de l'illustrer d'exemples caractéristiques que de la condenser en appréciations générales.

Il nous faut toutefois tempérer leur signification de quelques remarques :

a) Les effets des correcteurs sont naturellement fort variables selon les sujets.

b) Ils demeurent assez souvent inefficaces, surtout, semble-t-il, dans les syndromes neuroleptiques accusés, mais pas nécessairement. Des formes légères résistent, et des formes intenses sont très améliorées.

c) Leur action est presque toujours incomplète. Il serait aussi injustifié d'attendre d'eux la disparition des effets négatifs des neuroleptiques que de fonder à peu près exclusivement la thérapeutique d'un trouble mental sur leurs effets positifs. Le traitement doit aussi être individualisé et mettre en œuvre bien d'autres moyens.

Les correcteurs, dans la mesure où ils corrigent les manifestations du syndrome neuroleptique, ont un excellent effet « moral » sur les malades, qui se sentent parfois comme délivrés. Mais cet effet doit être aussitôt utilisé pour la reprise de la psychothérapie, des activités et des rapports humains, les tentatives de réintégration sociale (exactement comme les modifications favorables des neuroleptiques). Sinon, comme pour ces dernières encore, on risque d'atteindre seulement à des équilibres plus supportables, mais insuffisants, et ne débouchant sur aucune autre perspective que leur prolongation indéfinie.

d) D'ailleurs, l'épuisement de l'action bienfaisante des correcteurs s'observe assez généralement : celle des amphétaminiques rapidement, comme chez les individus normaux, celle de l'heptamyl plus tardivement et partiellement. L'accoutumance au mératran semble moins rapide, mais dans notre pratique, d'ailleurs limitée, il s'est montré peu efficace.

e) Lorsque l'action des correcteurs est insuffisante, ou lorsqu'elle s'épuise, il ne nous semble pas qu'il y ait intérêt à accroître les doses (au moins d'une façon importante). Chacun connaît les effets fâcheux des amphétaminiques à doses élevées, surtout chez les psychopathes. Les mêmes inconvénients ne sont habituellement pas observés avec l'heptamyl, dont l'effet psychotonique est limité. Mais, comme on a pu le voir dans deux des exemples relatés plus haut, on observe parfois sous son influence une certaine nervosité, qui se reflète dans les épreuves psychotechniques. Il serait regrettable d'ajouter une troisième série de symptômes, cette fois dus aux correcteurs, à ceux résultant déjà de la maladie et des neuroleptiques. Dans notre pratique, nous ne dépassons généralement pas 8 comprimés d'heptamyl par jour.

f) L'artane et l'heptamyl agissant surtout sur les manifestations psychomotrices, et les amphétamines ayant essentiellement un effet psychotonique, les premiers paraissent indiqués dans les formes à prédominance psychomotrice du syndrome neuroleptique, et les

seconds dans les formes à prédominance psychique. En fait, dans notre pratique, il ne nous a pas paru que le maxiton (seul amphétamine que nous ayons essayé) ait une action profonde et durable sur les troubles consécutifs à l'usage prolongé de neuroleptiques. Il convient plutôt de l'associer à l'heptamyl (ou à l'artane), lorsque les impressions subjectives de fatigue et de découragement, la somnolence, sont très marquées, et surtout de les administrer dans des circonstances particulières, pour une sortie, un effort à accomplir, la reprise d'une activité.

g) Nous n'avons pas l'impression que l'administration de correcteurs — même le maxiton, au moins à doses faibles et passagèrement, — nuise en rien à l'action favorable des neuroleptiques. Aussi les utilisons-nous actuellement dès que nos malades se plaignent des malaises si fréquemment provoqués par les neuroleptiques, et presque systématiquement dans les cures au long cours.

Au total, et à condition de n'y voir qu'un petit moyen de la thérapeutique psychiatrique, les correcteurs, et singulièrement le chlorhydrate d'heptamine, nous paraissent de nature à aider la conduite des cures neuroleptiques, qui nous posent à tous aujourd'hui des problèmes si complexes.

Enfin, l'action des correcteurs soulève des problèmes physiologiques et physiopathologiques très intéressants, que nous étudions chez l'animal notamment, mais que nous ne pouvons aborder ici.

Discussion

M. Fouks. — Je m'excuse d'intervenir encore une fois au cours de cette séance, au risque de lasser votre attention. Que M. Le Guillant me permette de lui dire que je ne suis pas sur certains points tout à fait d'accord avec lui.

Comme je le disais tout à l'heure, il nous appartient d'éclairer l'administration en lui montrant que la chimiothérapie moderne doit entraîner une transformation profonde de la structure de nos services. Le vieil asile est définitivement périmé et nous avons un besoin urgent et impérieux de services modernes, bien structurés, non carcéraux et non encombrés.

Dans le même esprit, je répondrai à Bonnafé qu'il nous appartient d'informer l'administration et d'exiger une révision des normes du personnel. Je suis en effet tout à fait d'accord avec Le Guillant pour retirer tous les profits que l'on peut attendre de ces nouvelles thérapeutiques. Il faut, non seulement des services modernes, mais encore et surtout un personnel nombreux et qualifié. Il ne suffit pas de donner nos drogues et d'oublier les malades. Au contraire, la prescription de ces nouvelles thérapeutiques exige une vigilance accrue du personnel infirmier tout autant que du personnel médical. Il faut s'occuper continuellement de ces malades, les réadapter, les remettre rapidement dans un rythme de vie aussi normal que possible, dépister les effets secondaires défavorables aussi rapidement que possible, enfin, les encourager. Depuis que j'utilise dans mon service ces médications, malgré la disparition de l'agitation et de l'agressivité, mon personnel a beaucoup plus de travail qu'autrefois, l'ère du gardiennage est révolue. Les chroniques, ainsi que je l'ai déjà dit, nécessitent plus de soins et de vigilance que les aigus, et il nous appartient de demander la révision des normes à l'ad-

ministration ; nous devrions avoir au minimum un infirmier pour dix malades.

En ce qui concerne les correcteurs, comme Le Guillant j'utilise l'artane et l'heptamyl. Qu'il me permette de lui dire qu'en ce qui concerne l'heptamyl, sa posologie me paraît bien modeste. Bien que je sois prudent en ce qui concerne les doses de neuroleptiques, puisque je ne dépasse pas au grand maximum 5 mgr. de serpasil et 300 mgr. de largactil, je n'hésite pas, lorsqu'il le faut, à monter jusqu'à quatre et cinq ampoules d'heptamyl à 5 cc., pendant plusieurs semaines. Cette thérapeutique m'a d'ailleurs paru dénuée de toute toxicité.

J'aimerais ajouter un mot encore : les neuroleptiques, et tout particulièrement le largactil, ne m'ont pas paru dénués de toxicité sur les fonctions digestives et surtout hépatiques. Au bout d'un certain temps de traitement neuroleptique, nombre de malades présentent un état saburral marqué, qui s'accompagne parfois d'anorexie. Aussi, ai-je pris l'habitude récemment d'utiliser un nouveau correcteur stimulant de la cellule hépatique et cholérétique puissant : l'ictéryl, qui m'a donné toute satisfaction.

M. Paul Abély. — Le syndrome neuroleptique analysé par M. Le Guillant me paraît en effet répondre à la réalité. Je le crois même incomplet, ainsi naturellement que sa prévention. Car prévention n'est pas seulement traiter une complication possible, l'atténuer ou l'éviter, elle se résume surtout dans le vieil adage, « d'abord ne pas nuire ».

Or, depuis quelque temps, les neuroleptiques s'emploient à l'aveuglette avec une naïveté stéréotypée, bien peu élective, bien peu nuancée, qui présente parfois un véritable danger. Il est des cas précis où il faut rigoureusement s'abstenir de les utiliser. C'est pourquoi je répète une fois encore ce que j'ai déjà signalé à propos d'autres communications sur ces neuroleptiques. Ils apparaissent comme formellement interdits dans tous les états psychopathiques associés à un état de grossesse ou à un accouchement.

Tout d'abord, dans les états de grossesse. Il est aujourd'hui acquis que de telles drogues, agissant vraisemblablement sur les centres neuro-végétatifs sous-corticaux, perturbent la sécrétion lactée (aussi bien dans son installation que dans son arrêt ou sa continuation). Il est tout aussi acquis, par de nombreuses expérimentations animales, que ces neuroleptiques mettent en danger l'évolution de l'embryon et qu'ils ont de graves répercussions sur le placenta et le fœtus.

Ensuite, en ce qui concerne le post-partum. Largactil et serpasil provoquent de véritables perturbations dans l'installation du rééquilibre diencéphalo-hypophysaire, alors capital. Le lobe antérieur pituitaire est anarchiquement troublé dans ses sécrétions (L.T.H., F.S.H., prolactine, etc...), ce qui prolonge et aggrave une psychose puerpérale.

Mais le danger majeur, que je viens de contrôler deux fois à quelques jours d'intervalle, est l'apparition d'une phlébite inquiétante (toujours localisée à gauche dans mes cas et dans tous les autres cités, sans qu'on sache d'ailleurs pourquoi). Il constitue une contre-indication absolue des neuroleptiques dans tous les états de grossesse ou du post-partum.

Dans un sens plus général, je dirai que le terme neuroleptique ne me semble pas plus satisfaisant que celui de ganglioplégique ou neuroplégique maintenant démodé. En fait, ce changement d'épithète n'apporte pas plus de clarté dans l'explication de l'action physiologique, ainsi que le montre l'attentive lecture du volume consacré au colloque international de 1955.

Tout ce qu'on peut retenir est que, selon l'importance des doses, et surtout de l'accumulation, l'action descend du cortical au sous-cortical, remarque d'ailleurs banale qui s'applique à tous les toxiques du système nerveux.

Certes, les neuroleptiques sont en thérapeutique psychiatrique des médicaments d'un très grand intérêt, mais ils ne doivent pas être maniés par des mains inexpertes guidées par un cerveau où le sens critique médical est quelquefois bien superficiel.

Essais de réalisation de comas hypoglycémiques par l'association insuline-sulfamide hypoglycémiant (BZ 55), par MM. L. Vallade, H. Hugonenq et J.-P. Jude (Aix-en-Provence).

Des travaux récents ayant montré l'efficacité des sulfamides hypoglycémiants dans le traitement du diabète, il a paru intéressant d'appliquer cet effet hypoglycémiant dans la réalisation des comas de la cure de Sakel classique.

Alors que l'insuline provoque un abaissement rapide, mais assez bref, de la glycémie, ces sulfamides permettent d'entretenir par de petites doses journalières un niveau glycémique assez bas et peu variable dans le temps. En conséquence, il paraît possible d'atteindre le seuil hypoglycémique de perte de conscience en utilisant des doses moindres d'insuline. En outre, le milieu intérieur serait ainsi soumis à des variations beaucoup moins brusques que par l'emploi de l'insuline seule.

Recherchant, dans la bibliographie, des travaux antérieurs sur ce sujet, nous n'avons trouvé qu'un article d'Arno Voelkel (*Klinische Wochenschrift*, 201, 6). Cet auteur a utilisé le N^1-sulfanilyl-N^2-n-butylcarbamyl, connu actuellement sous la dénomination commune de BZ 55, qu'il a associé à l'insuline de deux manières différentes : soit en combinant les deux produits dès le début du traitement ; soit en commençant les cures hypoglycémiques avec l'insuline seule, puis en continuant avec l'association BZ 55-insuline.

De ces travaux il ressort, d'après l'auteur, qu'avec la thérapeutique associée le coefficient de risque serait abaissé, et que les quantités d'insuline nécessaires à l'obtention du coma seraient réduites, et ceci serait particulièrement sensible lorsque le traitement associé n'est entrepris qu'après l'obtention de 10 chocs insuliniques.

La technique préconisée par Voelkel est donc la suivante : après avoir préparé la sensibilité du malade au choc insulinique par l'insuline seule, il administre le matin d'un jour sans choc 4 gr. de BZ 55, et continue les jours suivants par 1 gr. de BZ 55, associé à la moitié de la dose d'insuline nécessaire les jours précédents pour déclencher le choc.

Nous référant à ces travaux, nous avons appliqué l'association BZ 55-insuline chez plusieurs de nos malades justiciables de la cure de Sakel, et parmi ceux-ci nous avons l'honneur de rapporter devant votre Société les cas les plus intéressants.

Observation 1. — M. André A..., atteint d'excitation intellectuelle, 23 ans, 67 kg. 800. Traitement commencé le 8 octobre 1956.

Le premier choc humide est obtenu avec 140 U.I. d'insuline, le premier coma avec 160 U.I. Après six comas avec cette même dose d'insuline, nous

interrompons un jour, au cours duquel le malade absorbe 4 gr. de BZ 55 répartis en quatre prises sur les 24 heures. Le lendemain, nous obtenons un coma avec 80 U.I. seulement d'insuline. Le réveil est pratiqué dans les mêmes conditions, avec les mêmes quantités de sucre par voie intraveineuse. A compter de ce coma, le 7e, le malade prend chaque soir un gramme de BZ 55 et le coma est obtenu régulièrement avec 80 U.I. d'insuline. Au total, la cure complète a compris 20 comas, dont 14 avec l'association BZ 55/insul.

Observation 2. — M. Emile R..., atteint de troubles caractériels sur un fond de débilité mentale avec évolution schizophrénique, 22 ans, 53 kg. 200. La cure de Sakel est entreprise le 7 novembre 1956.

Premier coma avec 80 U.I. Neuf comas sont pratiqués avec cette dose d'insuline. Ensuite, après une journée de « charge », où le malade ingère 4 gr. de BZ 55, nous poursuivons le coma avec 1 gr. de BZ 55 le soir et 40 U.I. d'insuline. Mais, chez ce malade, s'est produit en quelque temps une accoutumance qui nous a obligés à augmenter les doses d'insuline.

Au total, la cure hypoglycémiante s'est décomposée comme suit :

9	comas avec	80 U.I.	d'insuline	
18	—	40 U.I.	—	+ un gramme de BZ 55
5	—	60 U.I.	—	+ —
1	—	80 U.I.	—	+ —
17	—	100 U.I.	—	+ —

Au total, 50 comas, dont 41 avec insuline/BZ 55.

Notons que deux fois ce malade n'a pas fait de coma, mais nous apprenons que la veille au soir, par suite de l'erreur d'un infirmier, ce malade n'a pas pris ses comprimés de BZ 55. A part ces deux échecs, nous n'avons constaté que des comas légers, qui nous ont obligé d'augmenter les doses d'insuline.

Observation 3. — M. Jean-Pierre B..., présentant un syndrome délirant polymorphe avec bizarreries du comportement, 23 ans, 67 kg. 800. Cure hypoglycémiante commencée le 23 octobre 1956.

1	coma avec	250 U.I.	d'insuline	
3	—	300 U.I.	—	
4	—	320 U.I.	—	
4	—	120 U.I.	—	+ un gramme de BZ 55

Au total, 12 comas, dont 4 avec insuline/BZ 55.

Observation 4. — M. Paul R..., présentant un état dépressif avec ralentissement intellectuel, 32 ans, 75 kg. Cure commencée le 17 décembre 1956.

Premier coma avec 200 U.I. d'insuline ; en tout, 10 comas avec 200 U.I. d'insuline puis 8 comas avec 100 U.I. d'insuline + un gramme de BZ 55.

Nous avons en outre plusieurs autres malades actuellement en cours de traitement par l'association insuline-BZ 55. Pour ceux-là encore nous avons procédé suivant la technique préconisée par Voelkel : début par l'insuline seule, puis association des deux médicaments.

Nous n'avons jusqu'à ce jour subi aucun échec, et nos malades sont régulièrement tombés en coma le premier jour de l'association, avec une dose d'insuline moitié moindre que leur dose habituelle.

Etude de la tolérance du produit

Appareil digestif. — La tolérance du produit est excellente. Nous n'avons jamais eu d'accident digestif. Signalons seulement une sensation nauséeuse le lendemain de la dose « de charge » de 4 gr., et qui ne se renouvelle pas. Nous n'avons jamais noté non plus d'accident hépatique. Dans les 4 observations rapportées, nous avons pratiqué, avant et après traitement, un examen des fonctions hépatiques par les tests de floculations et les dosages de bilirubine et de cholestérol sanguin. Dans un cas, la cholestérolémie et la bilirubinémie ont été légèrement augmentées. Dans tous les autres, aucune modification n'a été observée, bien qu'au départ l'un de nos malades ait eu un thymol-test à 17° Vernes.

Appareil urinaire. — Nous avons également contrôlé la tolérance rénale du produit par des analyses systématiques avant, en cours et en fin de traitement. Tous ces examens nous ont montré la parfaite intégrité des fonctions rénales après ces cures hypoglycémiantes, dont la plus longue avait comporté l'absorption de 57 gr. de BZ 55 en 53 jours.

Aire cutanée. — Nous n'avons jamais constaté d'intolérance cutanée.

Crase sanguine. — De même, les formules sanguines sont toujours demeurées normales.

Commentaires de nos essais

Par contre, nous avons noté un certain nombre de modifications, soit dans la période d'installation du coma, soit pendant le coma lui-même, entre la période où le malade était traité par l'insuline seule et celle où il le fut par l'association insuline-BZ 55. Le temps de latence entre l'injection d'insuline et le début du coma n'a pas été modifié d'une manière systématique, ayant été, soit raccourci, soit augmenté, dans des limites variant de 15 à 45 minutes, sans que l'on puisse encore conclure. Cependant, nous devons signaler qu'au cours de ce temps de latence le comportement du malade a été nettement plus calme après l'association insuline-BZ 55. Dans 3 cas où il existait antérieurement une forte agitation motrice pré-comateuse, celle-ci fut très diminuée, au point de disparaître dans un cas. De même, on put noter que les comas furent dans tous nos cas plus calmes, et se déroulèrent toujours sans aucun accident. Le réveil ne présenta jamais de difficulté. Avant comme après l'adjonction du BZ 55, la reprise de conscience se fit pendant l'injection intraveineuse de sérum glucosé

hypertonique, dont la dose nécessaire au réveil resta toujours la même. Après le réveil, nous n'avons jamais eu d'accident hypoglycémique.

Ce furent sans doute les doses d'insuline nécessaires au coma qui subirent les variations les plus grandes avant et après l'association de l'insuline avec le sulfamide. Si régulièrement nous avons obtenu dès le premier jour de cette association un coma avec la dose moitié moindre d'insuline, l'économie réalisée ne fut pourtant pas toujours de 50 %, puisque, comme nous en avons rapporté un cas plus haut, il fallut quelquefois augmenter ultérieurement cette dose.

Sur 4 cas de cure complète, les économies en insuline furent les suivantes : cas 1, sur 20 comas, économie de 50 % ; cas 2, sur 50 comas, économie de 25 % ; cas 3, sur 12 comas, économie de 49 % ; cas 4 : sur 18 comas, éocnomie de 51 % ; en moyenne : sur 100 comas, économie de 44 %.

D'autre part, nous avons jusqu'ici toujours donné la même dose de BZ 55 à nos malades, soit 4 gr. le jour « de charge » et 1 gr. par jour dans la suite de la cure, et ce quel que soit leur poids.

Conclusions

Nous ne chercherons pas ici à discuter le mode d'action du BZ 55. On sait que l'on admet à l'heure actuelle, soit une inhibition du glucagon secrété par les cellules A du pancréas, soit une potentialisation périphérique de l'insuline par inhibition de l'insulinase (Mirsky). Nos propres examens de la glycémie nous ont montré des résultats assez discordants : alors que chez nos malades la glycémie dosée le matin à jeun, avant l'injection d'insuline, n'a que peu baissé lors de la cure associée insuline-BZ 55, chez nos lapins en expérimentation nous avons au contraire trouvé chaque fois une glycémie abaissée de 0,20 ‰ en moyenne, après absorption des doses pondéralement équivalentes de BZ 55.

En définitive, il ressort de ces essais que nos comas hypoglycémiques sont obtenus maintenant avec des doses d'insuline beaucoup moins importantes que lorsque nous l'employons seule. En outre, le coma, ainsi que sa phase d'installation, sont plus calmes. Le réveil a toujours été facilement pratiqué, comme normalement.

Mais ces premiers essais doivent être continués, répétés suivant d'autres techniques, et surtout multipliés dans d'autres services, afin de pouvoir se former une opinion plus valable sur l'intérêt thérapeutique de cette association, principalement en ce qui concerne la prévention des accidents hypoglycémiques secondaires.

Résumé

Les auteurs rapportent 4 cas de cures hypoglycémiantes complètes réalisées avec l'association BZ 55-insuline, qui permet une réduction

appréciable de la dose utile d'insuline. Débutant par 6 à 10 comas insuliniques purs, ils poursuivent le traitement par une journée « de charge », au cours de laquelle le malade absorbe 4 gr. de BZ 55, et à partir du lendemain ils provoquent des comas hypoglycémiques avec la dose d'insuline moitié moindre, et 1 gr. de BZ 55 le soir. Ils n'ont pas constaté d'accident d'intolérance, ni de troubles secondaires.

Au contraire, le comportement des malades ainsi traités est nettement plus calme pendant la période où l'on associe le sulfamide à l'insuline, que pendant celle où l'insuline est employée seule.

Manifestations d'intolérance psychique apparues au cours de traitements par la cyclosérine, par MM. L. Vallade, R. Voisin, H. Hugonenq, J.-P. Jude et R. Corriol.

A propos de l'internement dans notre service d'un malade présentant un accident psychopathique grave, apparu au cours d'un traitement par la cyclosérine, nous nous sommes livrés à une enquête auprès des médecins du sanatorium d'où il provenait, afin d'apporter une contribution à l'étude des complications psychiques susceptibles d'être mises sur le compte de la neurotoxicité de ce nouvel antibiotique, toxicité signalée, d'abord dans les notices d'emploi, puis dans différentes statistiques sur lesquelles nous reviendrons.

Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Warnery, médecin-directeur du sanatorium du Petit-Arbois, et phtisiologue consultant de notre service, que nous tenons à remercier pour le concours spontané qu'il nous a apporté, deux observations et une mise au point, intéressant les malades de son établissement, relatives aux incidents d'intolérance psychique, moins importants que celui qui a attiré notre attention, mais qui semble survenir assez fréquemment chez les tuberculeux soumis au traitement par la cyclosérine.

Observation du cas d'accident psychopathique ayant nécessité l'internement. — M. T..., d'origine italienne, âgé de 38 ans, marié, père de 7 enfants, est atteint d'une bacillose pulmonaire bilatérale dépistée en janvier 1950. Il a été traité par un pneumothorax droit, une thoracoplastie du côté gauche et de multiples séries d'antibiotiques habituels.

Admis au Petit-Arbois le 14 août 1956, il est porteur d'une fistule bronchique ouverte dans la poche de thoracoplastie, pour laquelle l'intervention chirurgicale est envisagée, mais auparavant un traitement à la cyclosérine est demandé par le chirurgien. Le 30 octobre, le traitement est mis en œuvre d'une façon très progressive avec une préparation préalable, pendant laquelle le malade prend du phénobarbital. Cette préparation paraissait d'autant plus nécessaire que, dès ce moment-là, l'intéressé paraissait inquiet au sujet de ses enfants, mais surtout en ce qui concerne la fidélité de sa femme. Un doute s'est implanté dans son esprit, nous expliqua-t-il plus

tard, parce que le 1er septembre il n'a pas eu la visite de cette dernière et, comme c'était le jour de la fête locale, il s'est demandé si elle n'a pas préféré s'y rendre avec un autre.

Le 12 novembre, il s'évade du service mais revient le 13, en déclarant qu'il a simplement voulu se rendre chez lui pour raisonner sa femme. Après une cure de quelques jours de phénobarbital, la cyclosérine est reprise le 19 novembre, et avec prudence (un comprimé par jour). Le 21 novembre, il signale au médecin que c'est maintenant sa femme qui l'accuse d'avoir eu des rapports anormaux avec sa fille, accusation en rapport avec le prolapsus rectal de cette dernière. Pour étayer son affirmation, il montre au médecin des lettres de sa femme contenant, d'après lui, des signes révélateurs. C'est ainsi que les « M » majuscules portent des prolongements placés intentionnellement pour symboliser des cornes, les « B » ont des formes de 9 pour bien manifester qu'il est cocu, tous les « O » symbolisent l'anus de sa fille pour l'accuser et pourtant, dit-il, « mon âme est pure ». Tous les mots soulignés ont été dictés par l'amant de sa femme, tous les termes d'amour ont été placés pour le narguer, jusqu'à la signature « Marie », qui est soulignée pour lui indiquer qu'il est un mari cocu.

Quelques heures après, le malade entre dans un état d'agitation anxieuse extrême, réclamant l'intervention de la police et de toutes les autorités pour protéger sa fille et lui-même contre ses voisins de lit qui vont le tuer. Le malade doit être transféré le soir même à l'hôpital psychiatrique. La dose totale de cyclosérine a été de 13 gr. 50.

Le certificat de 24 heures en date du 22 novembre est ainsi rédigé : « Paraît présenter une bouffée délirante polymorphe à base d'interprétations pathologiques mais possibilité d'hallucinations auditives épisodiques. Idées de jalousie, de persécution et de culpabilité. Alternatives de phases dépressives et d'excitation intellectuelle. »

Le 1er décembre, le malade trouve moins de signes sur les lettres qu'il reçoit de sa femme. Cependant, outre cette dernière, il soupçonne son beau-frère et le médecin du sanatorium de monter une mise en scène pour le laisser enfermé afin de laisser toute liberté à sa femme. Toutes ces idées sont toujours basées sur des interprétations de signes que le malade voit sur les lettres.

Le 4 décembre, T... parle moins souvent des signes. Il attend toujours avec impatience les lettres de sa femme. Il se défend continuellement d'avoir commis de mauvaises actions, en particulier les rapports sexuels qu'on lui reproche avec sa fille.

Le 6 décembre, le certificat de quinzaine indique : « Est atteint d'un syndrome délirant d'interprétation. Idées délirantes, surtout de jalousie, avec sédation de la phase d'excitation passionnelle. Persistance d'idées de persécution et d'auto-accusation, beaucoup moins actives cependant que les idées de jalousie. Interprétations morbides s'appliquant surtout à certains caractères de l'écriture de sa femme, qui deviennent pour lui des signes symboliques. Comportement plus calme. ».

Le 12 décembre on remarque que, depuis sa dernière entrevue avec sa femme, le malade ne trouve plus de signes à interpréter sur les lettres qu'il continue de recevoir de celle-ci. Il faut noter que sa femme, avertie, a supprimé d'elle-même les cornes de « M », les traits, cercles, points, etc...

Le 27 décembre, l'intéressé est rétabli du point de vue mental. Il avoue

lui-même qu'il a toujours été d'un caractère jaloux. Il fait bien les critiques de tous ses troubles : « C'était de la bêtise », dit-il, en parlant de ses interprétations. Dans ces conditions, la sortie est envisagée dès le 2 janvier 1957, et devient effective le 15 de ce même mois.

L'étude électroencéphalographique a permis les constatations suivantes :

1) Electroencéphalogramme du 24 novembre 1956 : malade très anxieux et agité au cours de l'enregistrement, ce qui a déterminé de nombreux artéfacts. Le tracé est constitué par une activité alpha polyrythmique, dont la dominante est aux environs de 10 c./s., pratiquement continue, réagissant normalement à l'ouverture des yeux. On relève dans les régions centrales une assez importante participation d'activité thêta, sans prédominance unilatérale, et, d'autre part, des ondes lentes postérieures plus marquées sur l'hémisphères gauche. L'hyperpnée n'a pu être effectuée en raison de la mauvaise coopération, de même les résultats de la stimulation lumineuse intermittente ne peuvent être évalués du fait de l'agitation du patient.

En conclusion, enregistrement de mauvaise qualité, du fait de l'incoopération du malade. Il semble exister des signes discrets d'anomalie sous-corticale. Il serait utile de répéter l'enregistrement lorsque le malade semblera susceptible de mieux coopérer, et cependant si possible avant la fin de l'épisode psychotique.

2) Electroencéphalogramme du 7 décembre 1956 : les tracés sont à peu près analogues à ceux du précédent examen. Il serait intéressant de revoir ce malade dans un mois.

3) Electroencéphalogramme du 7 janvier 1957 : les tracés d'aujourd'hui sont toujours constitués par des rythmes de fond peu amples, où l'on met difficilement en évidence quelques fréquences sub-alpha à 7 c./s. dans les régions postérieures. Noter d'autre part l'existence dans les régions moyennes d'une importante participation thêta également peu ample. La stimulation lumineuse intermittente provoque un entraînement bilatéral. Les tracés d'aujourd'hui sont modifiés par rapport à ceux du précédent enregistrement, du fait de leur discret ralentissement.

Durant son séjour à l'hôpital psychiatrique, le malade n'a suivi qu'un traitement sédatif, à l'aide de la potion habituelle bromurochloral, et a pris pendant 46 jours 3 comprimés d'une substance tranquillisante dérivée du chlorbenzhydryl.

En conclusion, notre observation permet de noter un déroulement progressif de perturbations psychiques, se caractérisant d'abord par l'apparition, chez un homme constitutionnellement jaloux et au fond mental déficient, d'idées obsédantes de jalousie, en rapport avec la séparation de sa femme et l'hospitalisation dans un sanatorium éloi-

gné d'environ 200 kilomètres de son domicile. L'espacement des visites de sa femme a entraîné le passage de l'état passionnel morbide du doute à la certitude. Et tout de suite les préoccupations obsédantes ont été suivies d'une évolution délirante à base interprétative, évolution qui a été brutale et qui a rapidement régressé en un mois environ. Ce délire passionnel aigu de jalousie s'est accessoirement, et pendant quelques heures seulement, accompagné d'idées délirantes de persécution. On peut noter l'éclosion d'un état d'hypersthénie, sur lequel a bien insisté Capgras en tant qu'élément constitutif du délire passionnel morbide. Pour certains, cet état d'hypersthénie pourrait être exclusivement mis sur le compte de facteurs émotionnels, liés à de nouvelles conditions de vie, ou bien même seulement en rapport avec l'évolution naturelle. Personnellement, nous croyons que la brusquerie de l'apparition et la rapidité de l'évolution de ce délire sont des arguments permettant de conclure à une évolution accidentelle sous l'influence d'un dérèglement de l'humeur, qu'il serait possible de rattacher à l'action neuropsychique actuellement connue de la cyclosérine.

Observation de deux cas d'incidents psychiques mineurs au sanatorium.

— 1er cas : M. V..., 45 ans, cultivateur. Tuberculose pulmonaire et rénale traitée depuis 1950. Le 13 juillet 1956, début de la cyclosérine.

Dès les premiers jours le malade, jusqu'alors silencieux et discipliné, devient volubile, exige une présence médicale constante, puis devient inquiet, méfiant, attribue l'hostilité qu'il croit observer chez ses camarades à une faute dont il s'accuse sans pouvoir l'exprimer : sentiment de culpabilité net : il s'accuse d'avoir fait le malheur de sa famille, de n'être capable de faire que cela ; idées hypocondriaques : le malade se croit perdu, réclame un médecin d'urgence, un notaire, demande un traitement particulier par le vaccin de Friedmann. Arrêt de la cyclosérine le 27 juillet.

Le 19 août, le malade n'est pas encore amélioré, il s'évade du sana.

Le 15 octobre, il se trouve à l'hôpital de Gap. Son état mental est normal, il garde un bon souvenir du sana et n'explique pas son geste d'évasion.

2e cas : M. J..., 31 ans, sans profession, divorcé. Est atteint de tuberculose pulmonaire depuis 1945, traitée médicalement et chirurgicalement. Etat général mauvais.

Le 13 juillet, début de la cyclosérine.

Dans la nuit du 23 au 24 décembre, après cinq mois de traitement, le malade se réveille avec l'impression d'être mort ; il est angoissé pendant un quart d'heure.

Dans la nuit du 29 au 30 décembre, à une heure du matin, le malade éprouve encore l'impression d'être mort. Il croit à un dédoublement de la personne et se voit mort. Il écrit ses mémoires. Après injection de 40 centigrammes de gardénal et d'une ampoule de phénergan, il se calme difficilement à 7 heures du matin. Au réveil, à 8 heures, il est calme, lucide, et se souvient de tous les détails de l'épisode nocturne. Depuis, il demeure un déficit de la mémoire et le malade fait des fautes d'orthographe.

Les observations rapportées mettent en évidence un dérèglement psychique plus ou moins durable ou intense, se traduisant principalement par une excitation psychique ou psychomotrice (l'euphorie et l'insomnie étant considérées comme les symptômes de début), mais, outre cette action thymique, la cyclosérine aurait aussi une action convulsivante, qui fait de l'épilepsie une contre-indication formelle à son utilisation. Il est donc intéressant de confronter certaines statistiques, afin de donner un aperçu du pourcentage et de la variété des complications neuropsychiatriques qui ont été mises sur le compte de la neuro-toxicité de la cyclosérine.

La statistique du sanatorium du Petit-Arbois indique que, sur 29 malades traités : 6 ont présenté des troubles se traduisant par de l'insomnie et une excitation intellectuelle avec loquacité ; 1 a réagi avec de la somnolence ; 4 se sont plaints de céphalées. Au total, 11 malades ont manifesté des symptômes nerveux d'intolérance, mais aucun accident comitial n'a été constaté.

MM. Ravina et Pestel (1) mentionnent 12 incidents sur 80 malades, se décomposant ainsi : 5 crises convulsives avec un électroencéphalogramme de comitialité ; 6 complications mentales, en rapport, soit avec des accès d'excitation psychomotrices, soit avec des épisodes d'allure dépressive ; 1 cas de somnolence.

Dans un article intitulé : « Etude pilote sur la toxicité de la cyclosérine » (2), nous extrayons les renseignements suivants. Sur 141 malades ayant subi le traitement en cause, on a relevé 18 accidents survenus dans les 34 premiers jours du traitement, ayant donné lieu à : 8 cas de manifestations convulsives ; 3 cas de troubles moteurs ; 1 cas de somnolence.

Pour Epstein (3), il a fallu arrêter, sur un total de 57 traitements, la prise de ce médicament dans cinq cas, à cause de complications qui s'étaient traduites par des phénomènes d'excitation intellectuelle.

Avant de terminer, nous voudrions dire un mot sur les anomalies du tracé électroencéphalographique en rapport avec ces perturbations neuropsychiques. D'après les Américains, auteurs de l'étude-pilote signalée ci-dessus, l'électroencéphalogramme ne se serait pas montré utile pour désigner avant le traitement les malades susceptibles de présenter des manifestations toxiques, ni pour révéler des altérations résiduelles après l'apparition des manifestations de toxicité.

En ce qui nous concerne, nous serions tentés d'exprimer un avis analogue, car, si dans l'observation du malade T... des anomalies du tracé ont été constatées après administration de la cyclosérine, inversement nous pouvons signaler le cas d'un psychopathe de notre service, traité par cet antibiotique (malgré les contre-indications du produit, son état pulmonaire l'exigeant), chez qui, paradoxalement, on a trouvé après traitement un tracé dans les limites de la normale, alors qu'auparavant de discrètes anomalies d'origine sous-corticale (région diencéphalique), de type irritatif, avaient été relevées.

En conclusion, notre étude montre qu'en dehors d'accidents psychopathiques, pouvant nécessiter exceptionnellement une mesure d'internement, la cyclosérine est un antibiotique dont la toxicité pour le système nerveux est susceptible d'entraîner assez fréquemment des complications neuropsychiques d'intolérance.

[*Travail commun du sanatorium départemental du Petit-Arbois (B.-du-R.), et du service des hommes de l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence*].

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Ravina (A.) et Pestel (M.) : Traitement de la tuberculose humaine par la Cyclosérine. *Presse médicale,* 4 juillet 1956, n° 53. — 2. *A Pilot Study of Cycloserine Toxicity* (The American Review of tuberculosis and Pulmonary Diseases, vol. 74, n° 2, août 1956). — 3. Epstein (I. G.), Nair (K. G. S.) and Boyd (L. J.) : The treatment of human pulmonary tuberculosis with Cyclosérine : progress report (*Diseases of the Chest*, vol. 29, n° 3, p. 241, mars 1956).

Résumé

A l'occasion de l'observation d'un malade qui, au cours d'un traitement par la cyclosérine, a dû être interné d'urgence pour un syndrome délirant interprétatif aigu de jalousie, les auteurs apportent une statistique relative à la fréquence d'incidents mineurs d'intolérance psychique, observés dans un sanatorium.

Sur 29 tuberculeux traités par cet antibiotique, on a relevé 6 cas de sub-excitation psychique, un cas de somnolence et 4 cas de céphalées. L'étude électroencéphalographique semble apporter des renseignements contradictoires.

Élection d'un membre associé étranger

Après audition d'un rapport de M. Paul Abély, au nom d'une commission composée de MM. H. Piéron, X. Abély et Paul Abély, rapporteur, le Dr Louis Copelman (de Bucarest) est élu *membre associé étranger,* par 21 voix sur 24 votants.

Election de deux membres titulaires

Après audition d'un rapport de M. Paul Abély, au nom d'une commission composée de MM. J. Delay, P. Guiraud et Paul Abély, rapporteur, le Dr G. Boittelle est élu *membre titulaire,* par 21 voix sur 24 votants.

Après audition d'un rapport de M. Paul Abély, au nom d'une commission composée de MM. G. Daumézon, L. Le Guillant et Paul Abély, rapporteur, le Dr L. Bonnafé est élu *membre titulaire,* par 21 voix sur 24 votants.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après audition d'un rapport de M. R. Bessière, au nom d'une commission composée de MM. P. Guiraud, P. Abély et R. Bessière, rapporteur, M. le Dr P. Citrome est élu *membre correspondant national,* par 23 voix sur 24 votants.

Après audition d'un rapport de M. Leyritz, au nom d'une commission composée de MM. Hyvert, Pottier et Leyritz, rapporteur, M. le Dr Morin est élu *membre correspondant national,* par 23 voix sur 24 votants.

La séance est levée à 18 h. 35.

Le secrétaire des séances :
G. Teulié.

SOCIÉTÉS

Société française de médecine préventive et sociale

Journées scientifiques

(Vichy, 7 au 10 septembre 1956)

La Société française de médecine préventive et sociale a tenu ses Journées scientifiques annuelles en présence de 500 participants français et de nombreux médecins spécialisés en médecine sociale venant de douze pays étrangers.

Le thème général discuté a été :

PROBLÈMES MEDICO-SOCIAUX POSÉS PAR LA REPRISE D'ACTIVITÉ APRÈS MALADIE OU ACCIDENT CHEZ L'ENFANT, CHEZ L'ADOLESCENT, CHEZ L'ADULTE.

Le professeur Victor Raymond, président de la Société, rappelle l'augmentation de la longévité humaine grâce en partie à l'action médicale qui s'est manifestée dans la thérapeutique, la chirurgie, et dans une meilleure prévention des maladies et de leurs conséquences. Cette prévention joue un rôle de plus en plus important et oblige la médecine actuelle à se pencher plus attentivement sur l'homme inséré dans son milieu dont il ne peut être dissocié. L'individu, être vivant, réagira suivant son tempérament. « Cette action et cette réaction, c'est tout le drame de la vie moderne ; elles sont la cause de pullulation des maladies mentales et aussi des affections psychosomatiques... Notre prévention doit donc maintenant être dirigée, non seulement contre les maladies infectieuses, mais contre toutes ces affections dues à la désadaptation plus ou moins apparente de l'homme à son milieu. »

Le Dr Choffé, chef-adjoint du Cabinet de M. Gazier, ministre des affaires sociales, a présidé la séance inaugurale et, dans son allocution, a insisté sur la nécessité de la prévention pour sauver ou maintenir le premier bien terrestre de l'homme : sa santé.

A titre de préambule, *le Dr René Barthe,* médecin-chef de l'Electricité de France, vice-président de la Société française de médecine préventive et sociale, avait préparé un exposé intitulé : « Un témoignage de l'évolution médicale vers l'action de groupe, efficacité des liaisons », dans lequel il insiste sur l'obligation, lors de la reprise du travail d'un convalescent, de coordonner, d'harmoniser les appréciations des médecins des différentes dis-

ciplines — médecin-conseil, médecin du travail — qui, contradictoires, sont nuisibles à l'intérêt du malade.

Les modalités de la reprise du travail font partie de la thérapeutique et de la prévention des récidives ou des aggravations.

Le Dr J.-J. Gillon, médecin-inspecteur général du travail et de la main-d'œuvre, souligne en quelques mots l'importance et l'intérêt du thème choisi pour ces Journées, et il ne craint pas d'affirmer lui aussi que le malade doit rester « un » à travers les aspects divers revêtus par la médecine, aspects rendus inévitables par la spécialisation. Le rôle des médecins sociaux est d'éviter l'incohérence créée par ces situations et de chercher les moyens d'unifier les façons de voir et d'agir, aplanissant ainsi toutes les difficultés pouvant retarder la guérison du convalescent.

RAPPORTS

I. Problèmes médico-sociaux posés par la reprise d'activité après maladie ou accident chez l'enfant, par MM. les docteurs Auregan (Paris), médecin-inspecteur régional H.S.U. ; Chambost (Montpellier), médecin-inspecteur régional H.S.U. ; Chasles (Paris), médecin-conseil de la sécurité sociale ; Mlle Onfray (Saint-Georges-Motel), médecin-phtisiologue de préventorium ; Dr Jean Parisot (Tours), médecin départemental H.S.U. ; Mme le Dr Waléry (Lille), médecin-pédiatre diplômé, médecin H.S.U.

L'état de maladie, l'accident, l'hospitalisation ou le séjour en établissement de cure ou de rééducation, les séquelles limitant l'activité peuvent provoquer des traumatismes psychiques ou des désadaptations scolaires qui sont à l'origine des principaux problèmes posés par la reprise d'activité chez l'enfant. On peut les prévenir ou les atténuer : par une attitude adéquate de l'entourage qui doit être informé, par le maintien d'une activité scolaire ajustée aux possibilités du malade, cela grâce à des méthodes pédagogiques capables de réaliser l'individualisation de l'enseignement, enfin en remettant l'enfant dans son milieu normal dès qu'on peut le faire sans dommage pour lui.

A ce propos, il est nécessaire d'améliorer la réglementation en vigueur — durée d'éviction pour les maladies contagieuses — et d'aménager des établissements susceptibles de recevoir des élèves malades — cardiaques, dilatés bronchiques, infirmes moteurs, etc... — avec des élèves normaux.

Si des difficultés se présentent lors de la reprise d'activité on les résoudra, en milieu familial par une aide psycho-pédagogique ou sociale, et en milieu scolaire, par des méthodes pédagogiques satisfaisantes de réadaptation et de rattrapage.

II. Problèmes médico-sociaux posés par la reprise d'activité après maladie ou accident chez l'adolescent, par MM. les docteurs Amiel (Paris), médecin du travail ; Bonningue (Belfort), médecin-conseil sécurité sociale; Delmas (Paris), médecin du travail ; Rambault (La Roche-sur-Yon), médecin-conseil de la mutualité agricole ; Rousselet (Paris), médecin de la main-d'œuvre ; A. Sivadon (Paris), médecin d'entreprise.

L'adolescence est une période où la personnalité de l'homme s'avère particulièrement fragile et qui réclame des précautions psycho-pédagogiques plus

particulièrement axées sur le problème des rapports individu-groupe. Après maladie ou accident, l'adolescent, déjà plus ou moins anxieusement à la recherche de sa stabilité d'homme mûr, peut rencontrer des obstacles insurmontables au moment de sa reprise d'activité si, en plus, s'installe un sentiment de dépréciation personnelle liée à la diminution plus ou moins apparente de ses capacités physiques.

Pour éviter ces troubles, il est essentiel de restaurer sa confiance émoussée par la gravité de la maladie ou de l'accident, par une inactivité de longue durée, par la nature des séquelles organiques. A cela s'ajoutent la fréquente perte de l'emploi et la répugnance des employeurs d'embaucher certains malades ou blessés.

Des mesures de réadaptation sociales, techniques, médicales, psychiatriques et sociothérapiques s'imposent, s'exerçant à la fois sur le sujet, dont elles veulent revaloriser et compenser l'handicap physique et mental et sur le milieu, défavorable, voire hostile, de l'ancien malade. Elles tendent à aménager ce milieu et à éduquer l'ancien malade, afin qu'il lui soit fait une place dans la Société à la mesure, non de son infirmité chiffrée en pourcentage d'invalidité, mais de son potentiel de travail, qui peut redevenir entier.

III. Problèmes médico-sociaux posés par la reprise d'activité après maladie ou accident chez l'adulte, par MM. les docteurs Blandin (Clermont-Ferrand), médecin des hôpitaux psychiatriques ; Bouriannes (Toulouse), médecin du travail ; Carrié (Limoges), médecin-conseil régional sécurité sociale ; Carrière (Toulouse), médecin-chef des S.R.A.S. ; Cavalié (Toulouse), médecin du travail ; Garnier (Toulouse), médecin du travail ; Liermain (Limoges), médecin-conseil régional adjoint sécurité sociale ; Salmon (Limoges), médecin-conseil de la mutualité agricole ; Tuffery (Guéret), médecin-conseil sécurité sociale.

1) *L'initiative médicale de la reprise du travail* est généralement le fait du médecin traitant, parfois celui du médecin-conseil de la sécurité sociale, qui devra s'entourer d'avis spécialisés hautement qualifiés et faire appel à un centre de diagnostic spécialisé, le bilan final devant être transmis au médecin traitant et au médecin du travail.

2) *Divers éléments pouvant intervenir dans la reprise du travail.* — *a*) psychiques : il n'y a pas de problème lorsque le sujet reprend normalement son travail — mais parfois il peut exister une véritable crise de réadaptation avec état dépressif, hypocondrie, cénestopathie, etc... — ou état d'agressivité revendicatrice — sinistrose — ou attitude de repliement allant jusqu'à la schizophrénie ; *b*) sociaux : différences entre le secteur privé et le secteur public suivant le milieu, la situation économique et familiale, l'âge et la qualification professionnelle, le milieu rural ou urbain.

3) *Problèmes particuliers posés au médecin du travail lors de la reprise du travail.* — Il devra reconstituer l'histoire de la maladie ou de l'accident et établir un bilan d'aptitude nouvelle pour orienter le sujet vers un poste de travail approprié. Trois éventualités sont à envisager :

a) dans la majorité des cas, reprise dans le même poste de travail ;

b) il y a modification des aptitudes du sujet nécessitant des aménagements, soit dans l'attribution du travail, soit dans le poste de travail lui-même ;

c) le sujet ne peut pratiquer son travail antérieur, il faut envisager une rééducation ou mieux une réadaptation ; sinon, ce sera l'invalidité ou la retraite anticipée.

PROBLEMES DE LA MEDECINE PREVENTIVE A L'ETRANGER

Afghanistan. — Le Dr Ahmad Nassir, chef de clinique de pédiatrie à la Faculté de Kaboul, relate les efforts considérables faits par son pays dans la lutte contre les épidémies.

Autriche. — Le Dr Frieberger, privat docent auprès de la chaire de médecine sociale de l'Université de Vienne, oppose les objectifs antérieurs à la guerre aux objectifs de l'époque actuelle. Il signale que l'activité des médecins sociaux s'oriente plus particulièrement vers le problème de l'habitation, des personnes âgées, des cardiaques et du cancer. Il tient à souligner l'aide importante qui a été apportée par l'office mondial de la santé.

Espagne. — Le professeur Piga, professeur à l'Institut national de médecine et de sécurité du travail à Madrid, signale l'orientation récente de son pays vers la lutte contre les grands fléaux sociaux. Il pense que l'abandon des méthodes anciennes marquera un stade nouveau de plus grande efficacité.

Grande-Bretagne. — Le professeur Fred Grundy, Professor of Preventive Medicine Welsh National School of Medicine of Cardiff, après avoir précisé ce que l'on entend par médecine préventive et par médecine sociale, fournit des données extrêmement intéressantes sur les vaccinations contre la tuberculose et contre la poliomyélite.

Il termine en soulignant le fait que l'avènement du service national de santé a permis une collaboration beaucoup plus efficace entre la médecine curative et la médecine préventive, et pense que cette création représente un des événements les plus émouvants pour la Grande-Bretagne.

Iran. — Le Dr Ahmad Nezam, directeur de l'hôpital psychiatrique de Téhéran, fait l'historique de l'hygiène de la médecine sociale dans son pays. Il souligne que les premières réalisations sont dues à l'aide des médecins hygiénistes français, il indique que la lutte contre la malaria a été l'un des succès les plus grands remportés par la médecine préventive dans son pays, que par contre la tuberculose n'est pas très importante puisqu'elle se limite à une moyenne de 7 %. Il note qu'un vaste effort d'éducation sanitaire se développe actuellement en Iran.

Italie. — Les professeurs Coruzzi, Commissario Straordinario de la Société italienne de médecine sociale, professeur de médecine sociale de l'Université de Bologne, président de l'Union européenne de médecine sociale, et Palenzona, secrétaire de la Société italienne de médecine sociale, présentent une synthèse de la lutte antituberculeuse en Italie et des vastes réalisations entreprises dans leur pays.

Grand Duché de Luxembourg. — Le Dr Emile Wolter, médecin-directeur des assurances « Accidents », présente une très belle réalisation de la sécurité sociale dans le Grand Duché de Luxembourg : le Centre de rééducation fonctionnelle de Mondorf-les-Bains.

Pays-Bas. — Le professeur J. H. de Haas, directeur du cours de santé publique, Institut néerlandais de médecine préventive, souligne que le développement de la médecine préventive aux Pays-Bas est freiné par le manque de médecins spécialistes et d'auxiliaires. Il pense que l'heure est venue de donner à la médecine préventive et sociale un caractère nettement positif.

République fédérale d'Allemagne. — Le Dr Ladeburg, conseiller médical gouvernemental du Département médical du ministère du travail à Bonn, indique que depuis 1954 un très grand élan a été donné dans la République fédérale d'Allemagne aux médecins d'hygiène, de médecine préventive et d'éducation sanitaire. Il souhaite qu'une liaison plus intime ait lieu entre tous les médecins qui ont à participer à la prévention des maladies et à améliorer la santé publique.

Suisse. — Le Dr R. Hermann, trésorier de la Société suisse de médecine sociale, précise que, dans la Confédération helvétique, chaque canton est responsable de l'application de la loi sur la tuberculose, qui date de 1928. Il n'y a pas de médecin d'entreprise, mais toutes les industries permettent que leurs ouvriers passent chaque année un examen radiographique.

Dans le canton de Genève, l'hospitalisation peut être obligatoire pour les tuberculeux contagieux. Il note également qu'en Suisse la tuberculose est de déclaration obligatoire.

COMMUNICATIONS

Perspectives nouvelles de la médecine dans la reprise précoce du travail, par le Dr J.-J. Gillon, médecin-inspecteur général du travail.

La reprise d'activité chez l'enfant, par le Dr André Adnès, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin-chef d'hôpital psychiatrique.

Le problème de la réadaptation professionnelle des enseignants tuberculeux pulmonaires, par le Dr R. Kervran, médecin-directeur du sanatorium de post-cure de la M.G.E.N. de Maison-Laffitte.

A l'occasion de la reprise du travail : les liaisons médicales. L'unité du malade devant les médecins, par le Dr Smagghe, médecin d'entreprise à la Compagnie française des matières colorantes de Boulogne (Seine).

La visite de reprise : arbitrage médico-social, par le Dr N. Pardon, médecin du travail, Neuilly-sur-Seine.

Le respect de la personnalité acquise dans le problème posé par la reprise de l'activité, par le Dr Andréani, médecin-conseil de la sécurité sociale à Toulon.

Contribution à l'étude des facteurs psychologiques intervenant dans la reprise du travail, par le Dr E. Cateland, médecin du travail à Paris.

La reprise du travail vue par un médecin-conseil de la sécurité sociale, par le Dr Catherine, médecin-conseil de la sécurité sociale, Le Creusot.

Les aspects du problème de reclassement professionnel, en particulier pour les sujets de niveau scolaire faible, par les Drs H. Dreyfus, ancien interne des hôpitaux, médecin du service du reclassement professionnel de la Seine; Pierre Mirault, médecin-conseil de la sécurité sociale à Paris et M. Pourille, chef du Centre de reclassement professionnel de la Seine.

Etude sur la reprise de l'activité dans les lombalgies de la charnière lombo-sacrée, par les Drs Meyabat, médecin-conseil de la sécurité sociale, électroradiologiste à Arras, et Albecq, médecin-conseil de la sécurité sociale, directeur de « La Molière », Berck.

Reprise de l'activité après guérison de la tuberculose en milieu marocain, par le Dr Le Hir, médecin-chef du Service central de lutte antituberculeuse du Maroc.

Syndromes allergiques professionnels des travailleurs de la nacre, par le Dr Enrico Belli, médecin-chef spécialiste en allergologie, Turin.

La reprise du travail chez les alcooliques après maladie ou accident, par le Dr René Resten, médecin du travail, Saumur.

Les études de poste en médecine du travail et leur intérêt dans la reprise du travail après maladie, par le Dr André Chertier, ancien interne de Saint-Lazare, médecin d'entreprise de la Seine.

*
**

Le Dr Courbaire de Marcillat, secrétaire général, présente un volumineux rapport sur l'activité des membres de la Société de médecine préventive et sociale et il termine en affirmant que : « Toutes les conquêtes sociales de « notre temps, le magnifique arsenal des lois de protection de l'enfant comme « de l'homme valide, malade ou âgé, requièrent à chaque instant notre par- « ticipation active pour être harmonisés et adaptés à chaque cas particulier.

« Aptes par formation à connaître l'homme dans l'unité de sa personne « et dans son milieu social, c'est là une part essentielle de notre mission, « comme aussi de réconforter ceux qui souffrent en ranimant chez eux la « flamme vivifiante de l'espérance. »

*
**

La séance de clôture a été présidée par le Dr Pierre Ségelle, ancien ministre de la santé publique et de la population, ancien ministre du travail et de la sécurité sociale, député-maire d'Orléans. En conclusion, il souligne que la médecine est à l'heure actuelle en pleine évolution, la médecine préventive et sociale répond à une nécessité et devrait occuper le premier rang des préoccupations médicales : cette primauté est nécessaire pour conserver à l'ensemble de la médecine française son aspect humain dans la conjoncture de notre civilisation industrielle.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Deuxième congrès national italien d'hygiène mentale

(Rome, 7-11 avril 1954)

Présidence : professeur MEDEA

1er Thème : La prophylaxie des névroses, par le professeur N. Perrotti

Pour la connaissance du mécanisme d'apparition des névroses, il est indispensable de bien étudier le développement psychique de l'enfant. On peut alors comprendre les situations qui favorisent l'apparition des différents types de névroses, en particulier, les causes familiales que l'auteur passe en revue. La prophylaxie se déduit alors de cette étude. Quelques principes peuvent être rappelés : éviter à l'enfant des états d'abandon, de négligence, de détachement de la part de la mère et des autres membres de la famille ; adopter dans l'éducation de l'enfant non pas une sévérité excessive, ni une indulgence exagérée, mais une sévérité débonnaire ; ne pas exciter prématurément la libido infantile, mais ne pas la tromper ; dire toujours la vérité à l'enfant ; la meilleure prophylaxie des névroses consiste dans le traitement des parents névrotiques et dans la cure des névroses infantiles. En terminant, l'auteur montre l'aspect social des névroses et de leur prophylaxie.

Discussion : Intervention des professeurs Medea, Bollea, Puca, de Sanctis, Répond.

2e Thème : Nouvelles orientations sur la prophylaxie des maladies mentales, par le professeur M. Fiamberti

Comparant, tout d'abord, l'attitude de l'opinion publique à l'égard des problèmes de la prophylaxie mentale et de ceux de la lutte anti-tuberculeuse, l'auteur montre la nécessité de combattre certains préjugés. Puis il étudie les moyens de prophylaxie et de traitement préventif des maladies mentales, passant en revue successivement les questions posées par l'épilepsie, l'alcoolisme, les dysfonctions glandulaires, les psychoses séniles, les états dépressifs, la psychasthénie, la schizophrénie. Des conseils sont donnés pour

l'utilisation pratique des dispensaires et l'application de certains traitements ambulatoires comme l'acétylcholinothérapie. Des recommandations sont faites pour l'extension des services sociaux.

Discussion : Interventions des Drs Giovanni Bonfiglio, G. Cozzo, des professeurs Medea, Puca, Vizioli, enfin des Drs Alessandrini et Mastrangelo.

3e Thème : L'hygiène mentale de l'enfant hospitalisé

1er rapporteur : professeur Frontali

On sait combien le séjour d'un enfant à l'hôpital, avec séparation du milieu familial et surtout de la mère, peut se montrer préjudiciable au point de vue du développement psychique. L'auteur rappelle quelques travaux sur la question, auxquels il ajoute ses observations personnelles. Le traumatisme psychique représenté par la séparation est soigneusement étudiée ; puis sont considérées les conséquences psychologiques de l'atmosphère de l'hôpital, de l'attitude du personnel médical, des procédés de diagnostic ou de traitement. Un sentiment de culpabilité est souvent retrouvé chez l'enfant à l'égard de sa maladie et de son placement à l'hôpital. Le cas des méningites tuberculeuses est décrit à titre d'exemple. De nombreux conseils sont donnés pour réduire au maximum les inconvénients de l'hospitalisation ; préparation psychologique des parents et des enfants, visites familiales plus fréquentes, personnel médical comprenant mieux l'attitude à adopter, préparation du retour dans le milieu familial et scolaire.

2e rapporteur : Mme le Dr Gaddini

L'auteur étudie les mécanismes psychologiques des troubles liés à l'hospitalisation du jeune enfant, s'appuyant sur des travaux anglo-saxons et sur des recherches faites à Rome. Les problèmes posés par l'admission de l'enfant, la possibilité pour la mère de rester auprès du petit malade, au moins les premiers jours, les fonctions essentielles de l'infirmière, la question de la vie collective en milieu hospitalier, les jeux, les études sont envisagés tout particulièrement et de façon très pratique.

Discussion : Intervention des professeurs M. Ponzo, Medea, de Sanctis, Bollea, Perrotti, G. Migliorino, Ezio Ponzo, Puca.

4e Thème : Conceptions et perspectives dans l'œuvre de défense du bien-être et de la santé mentale du jeune à l'école, par le professeur Mario Ponzo.

La défense de la santé mentale de l'enfant pose des problèmes difficiles. C'est particulièrement le cas en milieu scolaire. On sait les critiques faites de divers côtés à l'organisation de l'enseignement, à la mauvaise répartition des heures de repos et d'études, à l'absence fréquente de contacts humains entre enseignants et élèves. L'auteur expose certaines difficultés soulevées par ces problèmes, propose des réformes, montre le rôle que peut jouer le psychiatre dans la résolution de nombreuses questions.

Discussion : Interventions des professeurs Montesano, Bollea, Capelli, et des Drs Young et Rovigatti.

5e Thème : Problèmes d'hygiène mentale chez les montagnards et les isolés, par le professeur O. Forel

L'auteur montre l'importance des caractères régionaux, géophysiques, déterminés, au point de vue psychologique, par les conditions climatiques. Il rappelle le rôle possible, chez les montagnards, de la névrose de solitude. Celle-ci peut d'ailleurs se retrouver chez tous les isolés, même en milieu urbain.

6e Thème : Centres de culture populaire de l'Union nationale pour la lutte contre l'analphabétisme, par Mme e Dr Scelba

Il s'agit d'un rapport sur le développement des centres de culture populaire dans le sud de l'Italie. A la lutte contre l'analphabétisme, viennent s'ajouter divers enseignements pratiques destinés à améliorer les conditions de vie de populations moins développées.

Discussion : Interventions des professeurs G. Migliorino, Perrotti, de Sanctis et Répond.

7e Thème : Projection du film « Une petite fille de deux ans va à l'hôpital », avec lecture des commentaires du Dr Bowlby

Ce film, réalisé à la Tavistock Clinic de Londres, montre de façon très nette le comportement d'une fillette de deux ans pendant son séjour à l'hôpital, où elle était entrée pour être opérée d'une hernie ombilicale. D'utiles remarques peuvent être faites sur l'attitude de l'enfant à l'égard de sa mère, de son père, de l'infirmière, et lors du retour à la maison.

Discussion : Interventions des professeurs M. Ponzo et Frontali.

8e Thème : L'hygiène mentale dans l'assistance publique et privée, par le Dr R. Stasi

Les problèmes essentiels de l'hygiène mentale ne sont pas toujours suffisamment compris par l'autorité administrative et par l'opinion publique. De nombreuses erreurs, de nombreux préjugés doivent être combattus. Un climat nouveau doit être créé.

9e Thème : L'hygiène mentale dans l'industrie, par le professeur Pietro di Donna

De nombreuses études ont été consacrées aux problèmes psychologiques du travail industriel. L'auteur en rappelle les principaux, montrant l'importance de l'hygiène mentale à l'usine, pour éviter le développement et l'extension de troubles psycho-névrotiques. A ce sujet, le rôle du médecin est essentiel. Mais, il faut également l'intervention de services sociaux et une attitude compréhensive des entreprises et du législateur.

Discussion : Interventions des professeurs Cramarossa, Migliorino, Ezio Ponzo, Mario Ponzo.

Les actes du deuxième congrès national italien d'hygiène mentale sont publiés dans la revue : « Il lavoro neuropsichiatrico », supplément au fasc. 2, vol. 18, avril 1956, p. 1-226.

V.-J. Durand.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

La médecine de la personnalité, par le Dr Olivier Loras. (1 volume de 343 pages, éditions Payot, 1956).

Le sous-titre de cet ouvrage est « Dynamique psychosomatique ». Une formule en italique situe le sujet : « L'existence est une névrose qu'il nous faut compenser. »

L'introduction est pleine de promesses et l'auteur nous invite à considérer existentiellement cette personnalité perturbée, « qui apparaît comme un phare lointain clignotant à travers les brumes... et qui exige de la part du médecin une navigation combien périlleuse ...une stratégie psychothérapique ».

Cette dernière est basée sur la psychanalyse, sur la phénoménologie, sur la dialectique. Nous allons donc suivre l'auteur à travers les périples de son esquif jusqu'au hâvre de grâce qui permet au malade de deviner « les causalités de ses conflits actuels et passés, d'être soulagé, de comprendre, de vouloir, d'espérer, d'agir, de retrouver confiance hors de l'anxiété et de l'angoisse, c'est-à-dire de guérir ».

Le livre d'O. Loras est divisé en six parties :

Dans la première partie, il étudie l'anamnèse dynamique de la personnalité. Celle-ci englobe l'hérédité, l'enfance, l'adolescence, la maturité, l'âge critique, la vieillesse.

Cette première partie, qui conditionne toute la suite de l'ouvrage, est peut-être un peu brève et peut-être aussi un peu agressive car certaines de ses affirmations un peu péjoratives ne sont pas toujours étayées par une armature inébranlable, et j'avoue qu'elles semblent plus à l'usage du profane qu'à celui du véritable médecin. C'est ainsi que dans l'anamnèse de l'âge critique (une question que je connais assez bien), l'auteur cite des vérités indiscutables et déjà bien connues, mais aussi quelques hypothèses physiologiques, elles, assez incertaines. Certes, à la ménopause, certaines femmes ont besoin pendant un certain temps de beaucoup de ménagements, d'adoucissement de l'ambiance. Mais hélas, dans les très nombreuses observations qui garnissent mes dossiers, je ne crois pas que la psychothérapie, fût-elle psychosomatique, aurait été suffisante dans la plupart des cas.

La deuxième partie est consacrée aux tendances névrotiques et psychotiques de la personnalité. C'est certainement le chapitre le plus intéressant. Mais, là encore, je ne peux que suivre incomplètement l'auteur dans ces dosages du dynamisme névrotique ou psychotique. Il n'y a pas, me semble-t-il, de phénomène vital qui ne soit plus ou moins dynamique, qu'il soit normal ou pathologique. Une existence psychosomatique statique apparaît comme tellement inconcevable qu'elle serait irréelle. Quant à vouloir mesurer ce dynamisme, la chose me semble difficile, car il se camoufle sous les apparences les plus déroutantes, les plus déconcertantes. Contrairement à l'opinion de M. O. Loras, je le crois particulièrement puissant dans les états schizoïdes et surtout schizophréniques, cela sous les apparences les plus trompeuses. Car il est facile, par la méthode des tests projectifs par exemple, de mettre en évidence cet intense dynamisme de défense contre le malaise de base. Il s'agit naturellement d'un dynamisme anarchique. C'est précisément la cohérence et la continuité de ce dynamisme de défense qui semble bien différencier les névroses des psychoses et le passage du névrotique au psychotique.

Etudiant les « tendances », dont la différenciation semble bien dominée en effet par la notion de spécificité émotionnelle et caractérielle, l'auteur parle des tendances narcissiques, masochistes, sadiques, hystériques, anxieuses, phobiques, obsessionnelles, etc... Chez toutes, je vois un déséquilibre névrotique univoque de base qui s'oriente dans ses manifestations (peut-être, elles aussi de défense ?) selon les besoins, les possibilités, les circonstances. Quand une longue pratique donne le temps au clinicien de suivre pendant de longues années de telles névroses, il s'aperçoit que celles-ci adoptent souvent au cours de leur vie, et selon les étapes de leur existence, les manifestations névrotiques les plus variées, les plus inattendues, les plus opposées et même quelquefois mixtes. C'est ainsi que j'ai connu un grand névrosé qui se conduisait à certains moments comme un sadique à l'égard d'autrui et comme un masochiste à l'égard de lui-même (tout cela sur un fond constant paranoïaque et anxieux).

La troisième partie s'intéresse à la « personnalité anxieuse, génèse et psychothérapie dynamique ». La phrase « en frontispice », qui éclaire le début de ce chapitre, reçoit mon entière approbation : « La retrouver sous de nombreux masques... En saisir la génèse... dans l'enfance » et on ne peut que féliciter l'auteur « sur sa constellation anxieuse des premières années ».

La quatrième partie a pour titre : « Le diagnostic dynamique synthétique ». Dans un premier chapitre, l'auteur nous décrit sa méthodologie dans un diagnostic classique. Sa technique apparaît comme d'autant plus acceptable qu'elle me semble adoptée depuis longtemps par tout psychiatre compétent en présence d'un malade qui vient le consulter.

Le deuxième chapitre, qui se préoccupe des moyens « secondaires » de diagnostic, me paraît tout aussi classique. Cependant, je pense que M. O. Loras accorde une importance bien légère à l'utilisation des tests et tout particulièrement aux tests projectifs que je considère personnellement comme l'indispensable complément d'un examen sérieux (le T.A.T. par exemple), qui permet de situer le patient face à lui-même, loin de l'interlocuteur quelquefois inopportun et de le placer dans son véritable dynamisme (j'emploie ce mot puisqu'il est le titre même de cet ouvrage), car il y a alors intégration « dynamique » à des situations nouvelles et à forte résonance affective.

Cette dernière considération me conduit au centre du problème posé par *la cinquième partie* de ce travail : « Le malade et le médecin ». Celle-ci est assez éclectique. Elle me rappelle certain slogan politique récent sur l' « indépendance dans l'interdépendance ». C'est là une formule qui s'avère dans la pratique assez difficile. Elle soulève de toutes façons divers problèmes, diverses attitudes que M. O. Loras analyse avec beaucoup d'objectivité et de finesse. Mais on peut regretter que l'auteur ne nous précise pas clairement si son médecin psychosomatique et dynamique doit être lui aussi soumis au préalable à une psychanalyse didactique, d'autant plus qu'il nous parle lui-même des névroses médicales.

L'ouvrage se termine par *sa sixième partie :* « L'ambiance du dialogue ». Apôtre très compréhensif de la non-violence en matière de dialogue médecin-malade, l'auteur nous transporte alors dans son cabinet de consultation et nous vivons avec lui toutes les nuances de l'examen et des conclusions. Il nous apporte d'utiles conseils que certes nous soupçonnions un peu déjà, avant même la naissance de la médecine psychosomatique, alors que nous nous cantonnions seulement à celle du bon sens et de l'expérience.

Quelle impression garde-t-on à la suite de la lecture, par ailleurs très agréable, de cet ouvrage ? Tout d'abord, peut-être un peu celle du déjà vu, du déjà entendu. La bibliographie un peu brève empêche de retrouver toutes les références. Ensuite, celle d'une attitude peut-être un peu passionnelle qui néglige quelquefois la stricte rigueur scientifique pour combiner des cocktails explicatifs où se mélangent des vérités évidentes et des hypothèses fragiles.

Une observation princeps, susceptible d'interprétations variées, illustre ces 340 pages de texte.

Selon la mode actuelle, les parents y sont chargés de tous les péchés d'Israël. Ces pauvres « croulants » (selon l'aimable expression des charmants enfants et adolescents de notre époque) portent toutes les responsabilités de la fâcheuse orientation de la personnalité de leurs rejetons et pourtant souvent, dans une même famille, dans une même ambiance affective, sur plusieurs enfants, on n'en trouve qu'un qui tourne mal. Pourquoi ? Serait-il à envisager que les nouveau-nés soient confiés, dès leur apparition à l'air libre, à des camps de puériculture, à des nourrices préalablement psychanalysées et diplômées de psychosomatothérapie ? Ou serait-il souhaitable de réserver la procréation à des sujets testés et sélectionnés pour aboutir enfin à une humanité idéale, peut-être un peu monotone et pas forcément de tout repos, si l'on s'en rapporte à des souvenirs.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt et d'attention le bel ouvrage de M. O. Loras. C'est seulement avec ma conscience d'analyseur que j'ai cru devoir en montrer les grandes qualités et les quelques défauts. Ces critiques s'adressent moins d'ailleurs à l'auteur lui-même qu'à la tendance assez abusive de transformer bientôt toute la pathologie humaine en médecine psychosomatique. Certes, nous connaissons tous l'unité biologique et la totalité de l'être vivant et nous avons rejeté depuis longtemps ce terme « d'organiciste » dans le domaine des vieilles lunes, depuis surtout que l'on connaît de mieux en mieux l'hypothalamus et ses centres neuro-végétatifs à résonance émotionnelle et glandulaire. Mais nous sommes avant tout avides de nous voir apporter, non des considérations dialectiques, mais un bilan précis et objectif des guérisons authentiques et solides, c'est-à-dire un pourcentage rigoureux des cas traités et des cas guéris. Alors seulement nous serons éclairés sur ceux vraiment justiciables de cette méthode thérapeutique.

Je souhaite que de nombreux lecteurs, justement attirés par cet ouvrage, dévoilent à leur tour leur enthousiasme et leurs critiques.

Paul Abély.

L'énergie spirituelle et la destinée humaine. Existentialisme et psychopathologie, par Jean Bertrand. (Editions Jacques Dervyl, 1956, 1 volume de 335 pages).

C'est, en même temps qu'une très profonde étude philosophique, un livre éminemment salutaire que celui qu'a écrit M. Jean Bertrand. Il nous invite à méditer sur nous-mêmes et sur le sens de la vie. Dans le monde en désarroi où nous nous agitons, au milieu des soucis quotidiens qui le harcèlent, notre esprit s'abandonnerait trop facilement à la tristesse découragée du matérialisme, à l'inquiétude morbide de l'existentialisme ; tel un navire désemparé, il est ballotté par le courant des idées contraires, il est grand temps qu'il reprenne sa route sous les vraies clartés de la sagesse, vers le monde encore mystérieux de l'esprit. On n'y aborde que par la connaissance approfondie de soi-même.

L'auteur, dans un style non dénué de lyrisme, trace un vaste tableau de la pensée philosophique depuis les limites étroites que lui assignait la scolastique jusqu'au triomphe de son épanouissement au XVIII[e] siècle, de même qu'il précise son rôle dans le bouleversement que les progrès effarants de la science depuis le siècle dernier ont apporté à la vie économique et sociale. Entre le monde et le moi, il appartient à la pensée, par une recherche incessante, d'établir l'équilibre.

C'est à travers l'existentialisme que M. Bertrand suit l'évolution de la pensée philosophique ; il remonte à sa source, en dévoile la génèse et suit le développement de ses aspirations vers la fusion de la dualité du monde et du moi. Avec une clarté lumineuse, il déroule le tourment métaphysique qui nourrit l'existentialisme, depuis l'angoisse obsessionnelle de Kierkegaard, la mélancolie d'Heidegger, le rigorisme scientifique d'Husserl, le matérialisme athée de Sartre, pour aboutir à l'illumination chrétienne de Gabriel Marcel. Et l'auteur conclut par un optimisme irréductible et fervent par lequel se manifeste l'attraction divine.

Jean Marquiset.

Monsieur 12, par Jean Bernadac. (Editions du Scorpion, 1956, 1 volume de 205 pages.

L'auteur de ce livre a voulu décrire la vie d'une salle d'hôpital avec ses aspects variés. Il a pris pour description une salle de phtisiologie et a voulu montrer qu'il ne faut pas croire que le calme et la monotonie règnent dans le monde des malades hospitalisés et que le terme de « grand silence blanc » puisse être celui de l'atmosphère quotidienne de l'hôpital.

Dans ce livre, tout y est décrit depuis l'entrée, les tracasseries des papiers administratifs, la connaissance avec la salle, la vie collective des malades, etc..., avec les événements pittoresques, tragiques, comiques, qui se heurtent, se mêlent à chaque instant et forment la trame d'une tapisserie colorée.

De tout cela, il détache un certain nombre de personnages dont il loue le dévouement, la grandeur d'âme, la douceur, et quelques autres qui, à ses yeux, paraissent égoïstes ou indifférents.

Son livre a pour but, dit-il, « d'intéresser les bien-portants au monde des malades et d'inspirer à certains de ceux qui soignent ou qui se soignent une compréhension mutuelle plus grande et des gestes plus humains ».

Certainement, comme dans toute collectivité, les caractères qui se frôlent sont très différents et tout ne peut pas être parfait. Ce livre fait vivre l'ambiance hospitalière réelle, peut-être vue quelquefois avec des yeux un peu pessimistes. Pour ceux qui n'ont jamais connu ou subi une hospitalisation, ce volume donne un aperçu très réaliste d'un mode d'existence que ne peuvent comprendre les visiteurs occasionnels. Sa lecture ne peut pas laisser indifférent un médecin.

M. A.

Heilwege der Tiefenpsychologie (Les voies de guérison par la psychologie des profondeurs). Ouvrage publié par les soins du Dr Szondi, avec la collaboration de K. Binswanger, A. Maeder, H. Meng, U. Moser, A. Muller et H. v. Schrœtter, 1956, 188 pages, rel. toile. Ed. Hans Huber, Berne et Stuttgart.

Le Dr Szondi a réuni dans ce volume des conférences de six psychologues, conférences qui ont eu lieu à son instigation dans le but de rechercher les possibilités d'une unification des doctrines psychanalytiques et des tendances, parallèles ou divergentes, qui s'y rattachent, tout cela considéré au point de vue de la valeur curative. Il fait lui-même l'historique des différentes écoles qu'il compare, expose ensuite son système propre et établit les conclusions qui, selon lui, se dégagent de ce cycle d'exposés. Le professeur Meng s'est chargé de décrire la voie freudienne classique, tandis que la psychologie analytique de C.-G. Jung est exposée par Kurt Binswanger, et la psychologie individuelle — individualpsychologie — par A. Muller. La psychothérapie des groupes est résumée par H. v. Schrœtter ; A. Maeder donne une introduction à sa psychothérapie religieuse. A ces exposés substantiels fait suite une discussion serrée de tous les systèmes, par U. Moser. Le Dr Szondi les récapitule dans un tableau synoptique en insistant sur le fait que toutes ces doctrines se complètent, mais ne se contredisent et ne s'excluent pas. Il propose la création d'une organisation destinée à unifier la psychologie des profondeurs, qui est une science autant médicale que psychologique. Il réclame, pour la formation des futurs psychothérapeutes, une scolarité universitaire de quatre à cinq ans.

En somme, cette suite de conférences est une bonne introduction aux problèmes fondamentaux de la psychothérapie. La lecture est attrayante et son utilité certaine, étant donné les noms des conférenciers, qui sont tous des psychothérapeutes réputés, étant donné surtout aussi le fait que Szondi y expose pour la première fois, en détail, sa méthode dite voie thérapeutique par l'analyse du destin. Dans une première phase psychanalytique classique, il rend conscientes les tendances du ça refoulées dans l'inconscient individuel. Au cours d'une deuxième phase, dite phase du psychochoc, il fait revivre au sujet ses figures ancestrales morbides et le confronte avec les revendications ancestrales réprimées dans l'inconscient familial qui bouleversent le destin de la personne. La troisième phase, dite analytique du moi, a pour but de démolir toutes les anciennes identifications qui désajustent le moi, d'édifier de nouveaux idéaux et de parvenir à de nouvelles renonciations et résignations. De cette reconstruction du moi dépend son

destin futur, destin dû à son propre choix, qui est capable de dépasser le destin obligatoire, lequel est conditionné par la fatalité de l'héritage génique, héritage constitué, comme on sait, par l'inconscient familial et par la nature pulsionnelle propre dévolue à chaque individu.

E. Stumper (Ettelbruck).

Volume en l'honneur du professeur Francesco Bonfiglio. (*Il lavoro neuropsichiatrico*, 10e année, vol. 18, fasc. 1, février 1956, p. 1-386).

S'ouvrant par une présentation du professeur Umberto de Giacomo, qui rappelle les travaux d'anatomie pathologique du professeur Francesco Bonfiglio et son activité comme médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Santa Maria della Pietà à Rome, le volume rassemble un certain nombre de mémoires publiés à l'occasion du départ en retraite du destinataire.

M. Anderson (de Rome) étudie les hallucinations hypnagogiques comme prodromes de la schizophrénie, rapportant deux observations dans lesquelles ces hallucinations ont précédé de plusieurs mois le début de la maladie. Les hallucinations hypnagogiques peuvent constituer des prodromes de la schizophrénie.

M. Bartolini et A. M. Tarantini (de Rome) envisagent l'anatomie pathologique de la maladie de Pick. Ils rappellent les études de Francesco Bonfiglio et de ses élèves sur 21 cas examinés de 1927 à maintenant à l'hôpital psychiatrique de Rome. Les travaux histopathologiques permettent une délimitation nosologique de cette forme morbide par rapport aux autres maladies cérébrales de l'âge involutif et aux maladies hérédo-dégénératives systématisées.

O. Bellucci (de Rome) décrit l'activité développée pendant les années 1952-1954 au centre d'hygiène mentale de la province de Rome.

E. Benincasa-Stagni (de Rome) étudie la stéréotaxie, décrivant les différents types d'appareils, précisant les conditions de leur emploi. Il y a des indications : en neurochirurgie fonctionnelle (psychochirurgie, chirurgie de la douleur, mouvements involontaires), en neurochirurgie générale. Le procédé a un grand intérêt pour l'étude des fonctions physiologiques et physiopathologiques des formations cérébrales profondes.

G. Bonfiglio (de Rome) montre l'importance des problèmes psychiatriques et sociaux en rapport avec le vieillissement de la population. Il étudie les modifications de la morbidité mentale chez des sujets de plus de 60 ans depuis l'époque 1926-1928 jusqu'aux années 1950-1952. La démence artérioscléreuse et la démence sénile n'ont pas augmenté de fréquence, tandis que les proportions des psychoses affectives, des psychoses alcooliques et des psychoses syphilitiques se sont élevées.

C. d'Angelo et A. Giordano (de Rome) apportent une contribution histopathologique et histochimique à la connaissance des neurolipidoses et spécialement de l'idiotie amaurotique familiale. Après un examen critique de la littérature, ils décrivent un cas de neurolipidose phosphatidique à type Spielmayer-Vogt. L'emploi de techniques colorantes à la fuchsine-paraldéhyde fait penser à une altération globale du métabolisme de la cellule nerveuse et à la nature complexe glyco-lipo-protéique de la substance de surcharge.

D. de Caro (de Cagliari) montre les effets de la réserpine sur l'électroencéphalogramme des malades mentaux. Chez vingt malades, la réserpine,

administrée par voies intramusculaire et intraveineuse, provoque l'apparition de rythmes de repos et de sommeil à l'électro-encéphalogramme. Chez certains sujets, à doses modérées, il y a possibilité d'obtenir un sommeil très profond avec ondes delta. En général, les caractères électro-encéphalographiques du sommeil réserpinique reproduisent ceux du sommeil physiologique ou obtenu par la chlorpromazine.

F. Matarazzo (de Rome) rapporte sur l'action de la chlorpromazine dans la résolution de syndromes schizophréniques à activité mentale automatique, invoquant six observations personnelles favorables, au moins partiellement.

Romolo Priori (de Rome) commence une étude critique de l'érotomanie, qui doit être continuée ultérieurement. Un soigneux historique montre l'évolution de la notion d'érotomanie, l'importance des travaux de G. de Clérambault. Puis sont envisagés les différents éléments du syndrome.

M. Vacchini et E. Benincasa Stagni (de Rome) rappellent la contribution de l'école histopathologique du professeur Bonfiglio à l'hôpital psychiatrique de Rome sur le problème de la toxo-soroplasmose.

Guiseppe Cozzo (de Rome) fait une étude très complète et très claire de la cytoarchitectonie de l'hypothalamus humain, rappelant les classifications des différents auteurs et donnant le résultat de ses recherches personnelles sur quinze hypothalamus humains.

Enfin, R. Cacchione et O. Bellucci (de Rome) montrent l'utilité de la thérapeutique de sommeil par les ganglioplégiques, en employant chez 227 malades mentaux un mélange de chlorpromazine, phénergan et phénobarbital.

La plupart des articles sont accompagnés de figures et de bibliographies plus ou moins abondantes.

V.-J. Durand.

Problème de méthode de la psychothérapie clinique (Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie), par Dietrich Langen (de Tübingen), un volume, VIII-120 pages, avec une préface du professeur E. Kretschmer, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1956.

Dans sa préface, le professeur Kretschmer se demande : « Avec quelles méthodes peut-on atteindre dans le plus court délai le plus grand nombre de guérisons valables et solides ? ». Il indique que l'emploi de certaines techniques proposées par lui et par ses élèves est susceptible de donner d'excellents résultats.

Dans son introduction, D. Langen montre que, pour rendre la psychothérapie accessible à un plus grand nombre de malades, il faut adopter une méthode moins longue et moins coûteuse que la technique classique. Un des meilleurs moyens est alors la psychothérapie clinique concentrique. Le but de l'ouvrage est d'exposer les principes de son étude, faite essentiellement chez des malades femmes.

Le premier chapitre est consacré à l'organisation de la psychothérapie clinique. Pour qu'on puisse parler de psychothérapie clinique, il faut que tout le personnel soit animé du même esprit. Il y a des conditions pratiques de locaux, de nombre de malades, de personnel. Ce dernier doit avoir un rôle d'autorité, un rôle social, un rôle thérapeutique. D'autre part, un emploi du temps est indispensable.

Les fondements de la psychothérapie clinique pluridimensionnelle font l'objet du chapitre suivant. Les méthodes de Freud, Adler, Jung, Steckel, Wendt, sont rappelées. Puis, d'autres procédés sont décrits : hypnose d'ancien style (peu utilisable en clinique), autogene training de J. H. Schultz, très efficace, hypnose active graduelle de Kretschmer également de grande valeur, méthodes psychagogiques persuasives (Dubois, V. E. Frankl), méthode standard à double voie de Kretschmer. Les indications respectives de ces différents procédés sont précisées.

Puis est envisagée l'analyse orientée vers le but. Les notions de contact, de transfert, de rapports affectifs médecin-malades sont étudiées. Le premier contact a une grande importance. Il en est de même du comportement, de l'action du médecin sur le malade. Les réactions sont différentes suivant la personnalité du malade, mais la qualité du contact médecin-malade conserve une particulière valeur.

Le chapitre quatre est consacré aux indications pratiques pour le traitement analytique et synthétique en psychothérapie clinique. Il faut envisager le retentissement sur le malade de son admission en clinique ou à l'hôpital, l'importance d'un bon diagnostic, la conduite à tenir dès les premiers jours, l'intérêt de placer le but du traitement assez haut. La cure dure en moyenne quatre à six semaines ; pendant tout ce temps, le rôle du médecin est très actif. L'arrêt du traitement nécessite certaines précautions.

La psychothérapie clinique de groupe est étudiée ensuite. Après un historique, l'auteur envisage la psychologie de groupe, le développement des liaisons dans le groupe, formule des conseils en particulier en ce qui concerne l'ergothérapie, les entretiens collectifs et le psychodrame. La solution la meilleure est de combiner psychothérapie individuelle et psychothérapie collective.

Dans le chapitre six, sont décrits les moyens de traitement corporel en psychothérapie clinique. C'est d'abord la méthode de l'insuline subcomateuse, dont les conséquences biologiques et cliniques sont décrites de façon détaillée, avec appui de quelques observations. D'autres procédés sont la cure de sommeil, la pyrétothérapie, plus rarement les inhalations d'éther.

La théorie de l'action curative doit être déduite d'une étude soigneuse des cas cliniques ; on peut considérer la névrose comme un état de souffrance de signification morbide, dans lequel survient, par action réciproque du monde et de la situation propre du sujet, une décompensation de la personnalité psychophysique totale. Le traitement doit exercer une action triple : végétativo-hormono-diencéphalique, de régulation instinctive, de modification des états de conscience.

Puis sont précisées les indications et contre-indications de la psychothérapie.

Enfin est montrée, dans le dernier chapitre, la valeur de la catamnèse après l'emploi de la psychothérapie clinique. De l'ensemble des statistiques, on peut admettre une proportion de 75 % de bons résultats. En conclusion, l'auteur montre l'intérêt de l'association des thérapeutiques pluridimensionnelles individuelles et collectives.

L'ouvrage, qui contient plusieurs observations personnelles, se termine par une bibliographie de sept pages.

V.-J. Durand.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Hospitalisation simultanée de trois membres d'une famille. Contribution à la nosographie et à la pathogénie des psychoses familiales aiguës, par M. Ferraris et P. G. Lévi. (*Neuropsichiatria,* Gênes, XII, 2, 1956).

Etude détaillée très complète, clinique, psychologique et biologique de trois cas de psychose simultanée chez la mère et ses deux filles.

La mère présente une mélancolie délirante de la ménopause. Les deux filles, quelque temps après, un état confuso-mélancolique. Ces trois malades ont guéri en même temps par l'électro-choc et les perfusions.

Les auteurs soulignent l'importance de la constitution et du stress émotif.

L. Fromenty.

Un cas d'érotomanie passionnelle pure type Clérambault, par Eduardo Balduzzi. (*Rivista Sperimentale di Freniatria,* vol. LXXX, 956).

L'auteur décrit l'histoire d'une femme de 26 ans, fille de paysans austères et d'un père revêche, elle-même gaie et raffinée, ayant souffert dès la jeunesse de l'ambiance familiale. Remarquable application des théories de Szondi, elle épouse un rustre brutal, qui fait aussitôt un délire très expansif de jalousie. Après une première grossesse sans histoire, et la naissance d'un enfant qu'elle n'aime pas, elle obtient provisoirement la séparation de corps d'avec son mari et fait une fausse-couche. Une violente hémorragie l'oblige à se confier à un gynécologue qui devient, par une illumination subite, l'objet de son délire érotomaniaque et doit se protéger contre ses lettres, ses appels téléphoniques, ses visites. Depuis un an, elle vit dans la joie imperturbable de son amour, ne modifiant jamais rien au thème délirant.

Avec une grande perspicacité, l'auteur discute minutieusement le diagnostic différentiel selon le schéma de Clérambault. Pour expliquer les origines du thème délirant, il fait appel aux théories de Baruk, de Guiraud et d'Hesnard.

Cette admirable dialectique n'empêche pas le lecteur d'aujourd'hui de regretter l'attitude purement contemplative de l'auteur au point de vue thérapeutique.

L. Fromenty.

La contribution de l'orthopsychiatrie à la psychologie clinique, la psychiatrie et l'assistance sociale : contribution à la psychologie clinique, par Simon H. Tulchin. (*American Journal of Orthopsychiatry,* vol. XXV, n° 3, juillet 1955, pp. 445-457).

Rappel historique du développement des recherches « orthopsychiatriques » aux Etats-Unis et spécialement de l'Association américaine d'orthopsychiatrie. Les problèmes touchant l'extension du domaine de la psycho-

logie clinique, le passage d'un stade purement « psychométrique » au stade actuel de l'activité des psychologues américains, est largement évoquée, dans ses rapports avec l'extension des sociétés d'orthopsychiatrie.

Suit une intéressante bibliographie sur la psychologie clinique et le problème de la « child guidance ».

R. Ropert.

Contribution de l'orthopsychiatrie à la psychiatrie, par D.W. Hastings, (*American Journal of Orthopsychiatry,* vol. XXV, n° 3, juillet 1955, pp. 458-464).

Ce bref rapport insiste surtout sur les attributions respectives, dans le cadre de l'orthopsychiatrie, qui peuvent ou doivent être attribuées au médecin d'une part, au psychologue (docteur en philosophie) d'autre part. Pour l'auteur, le fait d'être médecin ne constitue pas du tout une condition nécessaire à la pratique de la psychothérapie. Pour manier cette dernière, un enseignement spécial (commun aux médecins et aux psychologues) devrait être envisagé. Par contre, seul le médecin est habilité à faire un diagnostic et à poser l'indication d'une psychothérapie. On conçoit toutes les réserves que peuvent susciter ici les thèses de l'auteur, bien que le « partage d'influence » qu'il propose corresponde à des normes généralement admises outre-Atlantique.

R. Ropert.

Vue d'ensemble de l'orthopsychiatrie, par W. Healy et A.-F. Bronner. (*American Journal of Orthopsychiatry,* vol. XXV, n° 3, juillet 1955, pp. 472-474).

Exposé de la contribution apportée par les associations américaines d'orthopsychiatrie à la compréhension et au traitement de la « psychodynamique » de certains troubles mentaux. Le problème, devenu ultérieurement de première importance, du développement des « child guidance clinics », est ensuite évoqué, ainsi que la contribution du mouvement orthopsychiatrique au développement des recherches sur les tests mentaux.

R. Ropert.

Symposium sur les progrès de l'orthopsychiatrie : la psychologie, par R. I. Watson. (*American Journal of Orthopsychiatry,* vol. XXV, n° 3, juillet 1955, pp. 491-510).

Cette large étude est centrée autour de l'histoire de la psychologie infantile, considérée en tant que branche de la psychologie générale et autour de l'analyse des facteurs de son rapprochement avec l'orthopsychiatrie. Car, dans une certaine mesure, on peut, avec l'auteur, admettre que « toute l'orthopsychiatrie dépend de la psychologie infantile ». Après les premières recherches de Prayer, puis de Stanley Hall, l'auteur expose la contribution d'Alfred Binet dans le domaine psychométrique, de J. B. Watson dans l'étude des réactions émotionnelles de l'enfant, l'influence de l'œuvre de Rorschach. Pour terminer, les diverses tendances actuelles des écoles psychiatriques nord-américaines sont analysées.

R. Ropert.

Etats mentaux expérimentaux, par J. Macdonald et J. Galvin. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 112, n° 12, juin 1956, p. 970).

Le fait le plus frappant de l'état mental produit par l'acide lysergique, extrait synthétique de l'ergot de seigle, est l'importance des troubles visuels qui ont été observés chez 20 sujets sur 50. Les hallucinations auditives ont été notées chez sept malades, dont deux étaient des schizophrènes. Les hallucinations du goût et de l'odorat sont moins nettes. Un tiers des malades manifestaient des symptômes de dépersonnalisation avec réactions anxieuses. Dans trois cas, on relève une excitation sexuelle. Un sentiment d'euphorie est fréquent. Les idées paranoïdes surviennent communément.

Sur les 50 sujets, 21 conservèrent une claire conscience, 23 témoignèrent un léger état de confusion, 3 une confusion sévère, 3 un état de stupeur. Les auteurs ont expérimenté sur eux-mêmes. Ils concluent que sans danger on peut éprouver les hallucinations, les illusions, la dépersonnalisation et les autres symptômes notés chez leurs malades. L'expérience n'est ni terrifiante, ni désagréable durant la phase de perte partielle de lucidité ; l'état est analogue à celui des schizophrènes anxieux qui, temporairement, manifestent une période de doute sur la réalité de leur monde désillusionnel.

Les auteurs concluent : Si la découverte d'un métabolite de l'adrénaline peut provoquer une psychose expérimentale, il est possible qu'un défaut dans le métabolisme de l'adrénaline puisse être un facteur étiologique dans certaines psychoses survenant spontanément. Cependant, les psychoses expérimentales ne sont pas identiques comme forme aux psychoses survenant naturellement ; il n'y a que des ressemblances avec les délires et bien moins avec la schizophrénie. L'acide lysergique ne possède pas une valeur thérapeutique suffisante pour justifier son emploi dans la pratique psychiatrique.

L. Marchand.

La porphyrie, syndrome trompeur, par T.-N. Cross. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 112, n° 12, juin 1956, p. 1010).

On confond souvent les termes porphyrie et porphyrinurie. La porphyrie est une entité morbide dont la porphyrinurie constitue un symptôme. La porphyrie intermittente aiguë est la forme qui intéresse les psychiatres. Elle est quatre fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; elle survient entre les âges de 20 et 35 ans. C'est une maladie rare. Les sujets se plaignent de douleurs abdominales s'accompagnant de nausées, de vomissements, de constipation. La porphyrie simule alors l'appendicite aiguë. Comme on ne trouve pas d'appendicite, et que le malade devient très émotif, irritable, on pense à un état psychotique ; s'il présente de la confusion et de la désorientation, on suppose qu'il est atteint de schizophrénie. Souvent, sous l'action de médicaments ou de traitements utilisés pour cette maladie, la maladie s'aggrave. Des symptômes organiques apparaissent. Des névrites périphériques se traduisent par des parésies progressives dans les membres supérieurs et inférieurs. On émet les hypothèses de paralysies toxiques ou de poliomyélite, ou de syndrome de Guillain-Barré. Le malade maigrit et se cachectise. Les examens de laboratoire peuvent être normaux. Les urines ont une couleur allant du rose au rouge suivant la quantité de porphyrines excrétées ; le test de Watson pour le porphybilinogène est positif. Peu de

travaux ont été faits sur cette maladie qui, quoique rare, serait probablement plus commune si le diagnostic n'était pas aussi trompeur (aucun travail français n'est cité dans la bibliographie).

L. Marchand.

Considérations sur l'alcoolisme dans le service militaire, par L.-J. West et W. H. Swegan. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 112, n° 12, juin 1956, p. 1004).

Le problème de l'alcoolisme dans le service militaire est coûteux et complexe. Aucun traitement n'est encore envisagé. En 1953, un programme a été établi à l'hôpital d'Air-Force pour la réhabilitation d'un groupe d'alcooliques spécialement choisis. Les critères pour la sélection comprenaient : 1° Valeur du sujet pour l'Air-Force. 2° Approbation du chef du malade. 3° Economie résultant du succès des réhabilitations. Les diverses méthodes de traitement ont été utilisées, entre autres celles s'appuyant sur l'organisation « Alcoholics Anonymous », sur leurs conférences supérieures à celles faites à la base militaire. Sur les 50 premiers cas traités, on note que 16 furent seulement traités psychothérapiquement et médicalement ; 12 reçurent l'assistance de « Alcoholics Anonymous » ; 22 furent traités médicalement et aussi par « Alcoholics Anonymous ». Sur l'ensemble, le traitement n'a donné aucun résultat chez 13 sujets (26 %) ; parmi ceux-ci, 5 n'ont pas voulu reconnaître qu'ils étaient alcooliques, 5 n'ont pu être suivis à cause de leur transfert. 7 cas (14 %) sont considérés comme améliorés ; 25, soit 50 %, sont devenus complètement sobres. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une éducation préventive, sur l'importance d'un diagnostic précoce, sur des moyens de traitement plus rapides et plus efficaces.

L. Marchand.

De l'usage de l'électro-encéphalographie pour différencier les troubles psychogènes et les maladies cérébrales organiques. par P. Bergman et M. Green. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 1, juillet 1956, p. 27).

Il y a des sujets normaux qui présentent des tracés anormaux électro-encéphalographiques et il y a des individus qui sont atteints d'affections cérébrales et chez lesquels les tracés sont normaux. C'est une erreur courante de considérer qu'un tracé normal permet d'éliminer les crises chez un sujet. Le pourcentage des tracés normaux varie d'un observateur à un autre.

Chez 45 % des sujets qui ont des crises, les auteurs ont trouvé des tracés normaux. Il ne faut pas oublier qu'une maladie diagnostiquée de nature psychogène peut être plus tard diagnostiquée de nature organique. Chez certains blessés craniens, le tracé varie à différentes périodes. Dans le syndrome post-commotionnel, le tracé est normal. Le diagnostic de l'hémiplégie hystérique et des syndromes hémi-sensoriels hystériques doit être fait d'après les caractères neurologiques de l'hystérie et non en se basant sur l'électro-encéphalographie. On a recherché si l'électro-encéphalographie pouvait contribuer à nous éclairer sur certains désordres de nature incertaine tels que la schizophrénie infantile, l'épilepsie psychomotrice, les accès autonomes et les terreurs nocturnes des enfants. Dans la schizophrénie

infantile, les auteurs concluent qu'il est impossible de différencier le tracé électro-encéphalographique de celui d'enfants normaux du même âge. De même, les tracés électro-encéphalographiques des schizophrènes adultes sont normaux si on élimine ceux qui ont des crises ou qui ont été traités par électro-chocs.

L'épilepsie psychomotrice est souvent diagnostiquée par la présence de certaines trouvailles électro-encéphalographiques, et dans beaucoup de cas le tableau clinique n'est pas précis. Les pointes positives répétées de 6 à 14 c./s. sont considérées par les Gibbs comme indiquant l'épilepsie psychomotrice et autres crises. Cependant, ces tracés se rencontrent aussi chez des personnes normales ; ils peuvent aussi entraîner une erreur de diagnostic chez des sujets atteints de troubles psychogènes. L'électro-encéphalographie constitue une méthode de diagnostic qui doit être acceptée ou éliminée d'après les corrélations cliniques. On ne doit pas considérer l'électro-encéphalographie comme une méthode exacte et ses données dépendent de celui qui interprète le tracé.

L. Marchand.

Etude psychiatrique préliminaire sur les tentatives de suicide dans un hôpital général, par P.-E. Sifneos, C. Core et A.-C. Sifneos. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 112, n° 11, mai 1956, p. 883).

Etude portant sur 155 malades, comprenant 45 hommes et 110 femmes. Les âges sont de 20 à 24 ans pour les hommes et de 25 à 30 ans pour les femmes. Les catholiques sont plus nombreux que les protestants. 68 malades étaient mariés. Les tentatives ont eu lieu davantage durant le mois de juin et de juillet. L'empoisonnement a été le moyen le plus courant, l'intoxication par le gaz était en seconde ligne. Blessures par instruments tranchants, par arme à feu, pendaison, chute d'un lieu élevé, noyade, sont par ordre décroissant les autres moyens employés par les hommes ; chute d'un lieu élevé, blessure par instrument tranchant, par arme à feu, noyade et pendaison sont ceux par ordre de décroissance employés par les femmes. Les auteurs donnent les raisons suivantes du suicide : milieu hostile, perte d'une personne aimée, maladie incurable, alcoolisme, perte d'argent, isolement, amour homosexuel perdu, crainte d'hospitalisation, privation de toxique, emprisonnement, remerciement d'emploi, hallucinations, idées de persécution, transsexualisme, lassitude de la vie. Ils proposent le terme « autoktonisme » pour définir cet état d'esprit commun aux névrotiques qui sont portés au suicide. Discussion sur les moyens de le prévenir.

L. Marchand.

Un syndrome du prisonnier de guerre l' « apathie », réaction à un stress sévère, par H. Strassmann, M. Thaler et E. Schein. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 112, n° 12, juin 1956, p. 998).

Quand le prisonnier de guerre ne peut supporter le stress, il se replie sur lui-même, ne s'adapte plus au milieu et pense à la mort. Les auteurs appellent ce type de défense « apathie », syndrome qui peut varier comme intensité. Le symptôme principal est la diminution de l'affectivité. Les autres symptômes sont l'indolence, la perte de la spontanéité, l'indifférence, le retard des réactions, la suppression des émotions, la perte de toute initia-

tive. Sous cet aspect de perte de spontanéité émotionnelle, de nombreux sentiments peuvent persister. Les auteurs concluent que le syndrome apathie sert à maintenir l'intégrité de la personnalité en face d'une situation rigoureuse et contre les chocs psychologiques.

L. Marchand.

Senescence, sénilité et maladie d'Alzheimer, par N. Raskin et R. Ehrenberg. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 2, août 1956).

270 malades âgés de 60 à 97 ans ont été observés et divisés en trois groupes.

Le premier groupe comprend 150 malades âgés de 60 à 90 ans. Ces cas ont été diagnostiqués cliniquement : psychoses avec artériosclérose cérébrale, maladies cérébrales séniles, carcinomes cérébraux métastatiques (quatre cas), tumeur cérébrale (deux cas), méningiome (un cas), astrocytome (un cas). Les poids des cerveaux dans ce groupe disparate étaient de 1.000 à 1.580 gr.

A l'examen histologique, on nota que 57 sujets étaient atteints de lésions artérioscléreuses cérébrales et de foyers de ramollissement ; 93 avaient des lésions artérioscléreuses compliquées de plaques séniles ; un seul présentait la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer ; dans deux cas, on releva des malformations vasculaires congénitales et un anévrysme dans un cas.

Le deuxième groupe comprend 43 malades âgés de 70 à 95 ans ; la plupart de ces cas étaient diagnostiqués maladies cérébrales séniles, d'autres artériosclérose cérébrale. Les poids des cerveaux varient de 950 gr. à 1.440 gr. Dans ces cas, on nota des plaques séniles ; dans quatre cas, la lésion d'Alzheimer.

Le troisième groupe comprend 26 malades âgés de 60 à 85 ans. Cinq étaient atteints de maladie d'Alzheimer, et un de maladie de Pick ; les autres étaient considérés artérioscléreux cérébraux ou atteints de maladie sénile. Dans ce groupe bien disparate, les symptômes cliniques étaient très variés. Les poids des cerveaux sont de 860 à 1.200 gr. On note dans 24 cas des lésions neurofibrillaires et dans 23 cas des plaques séniles ; celles-ci s'associent aux lésions artérioscléreuses. Dans deux cas, il s'agit de maladie de Pick.

Le quatrième groupe est formé de 51 malades âgés de 60 à 92 ans, hospitalisés depuis de nombreuses années ; il comprend aussi les cas les plus divers, les uns appelés psychoses fonctionnelles (manie dépressive, schizophrénie, états paranoïdes, mélancolie d'involution), les autres désignés sous les termes de psychoses organiques (syphilis avec atrophie cérébrale, anémie pernicieuse, alcoolisme). A l'examen microscopique on nota, soit des lésions artérioscléreuses cérébrales, soit des plaques séniles, soit des lésions neurofibrillaires d'Alzheimer.

Dans la discussion concernant ces divers groupes, nous relevons les mêmes remarques que celles déjà signalées par de nombreux auteurs sur l'association des lésions cérébrales séniles et l'artériosclérose cérébrale, sur les conséquences plus graves des lésions des petits vaisseaux intracérébraux que celles des lésions, des artères de la base dans l'artériosclérose cérébrale, sur la difficulté du diagnostic entre les syndromes mentaux dus à l'artériosclérose et ceux relevant des lésions cérébrales séniles, sur le rôle aggravant joué par les secousses soudaines psychologiques sur le développement des maladies séniles, sur la constatation que la maladie d'Alzheimer n'est pas

une maladie présénile et qu'elle peut s'observer chez des sujets d'âge moyen. Les auteurs terminent leur travail en signalant que la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer peut s'observer dans d'autres affections que la maladie d'Alzheimer et qu'on a cru pouvoir les reproduire expérimentalement chez l'animal, ainsi que les plaques séniles. (Aucun travail français cité dans la bibliographie).

L. Marchand.

Discussion : rapport expérimental sur le problème de la simulation des troubles mentaux. (*Proceedings of the Royal society of medicine*, vol. 49, n° 8, août 1956).

E. W. Anderson. — La simulation d'une maladie mentale est difficile à soutenir. C'est surtout parmi les prisonniers civils et militaires qu'on l'observe. Jung trouva 11 simulateurs sur 8.400 hospitalisés. Brussel et Hitch 2 à 7 % dans un hôpital militaire. Anderson divise les simulations en trois grands groupes :

1° Simulation clinique. — Elle a pour but d'échapper à une situation impossible à supporter. Elle peut prendre la forme d'une exagération volontaire et intentionnelle d'un trouble réel ou d'un symptôme spécial. On a observé des cas de simulation dans lesquels des symptômes physiques ou vaso-moteurs étaient provoqués par des drogues ; des cas dans lesquels c'est l'examen du docteur qui avait enseigné au sujet les symptômes à simuler.

2° Simulation rituelle. — Il s'agit de cas rapportés par les anthropologistes. La simulation est consécutive à des cérémonies d'initiation. Les sujets ne doivent plus reconnaître leur maison, les objets les plus communs, ils doivent avoir oublié leur vie antérieure. On peut se demander si, dans ces cas, un état de conscience anormale ou un état hystérique n'a pas été provoqué.

3° Simulation expérimentale. — Des sujets peuvent simuler des troubles mentaux qui ressemblent à ceux qui caractérisent l'hystérie. Le symptôme de la « réponse approximative », de la paralogie, le syndrome de Ganser (Vorbeireden) sont faciles à imiter. On a observé des sujets qui, après avoir présenté le syndrome de Ganser, sont devenus des schizophrènes. Ce syndrome peut apparaître chez des sujets en état d'ivresse ou très préoccupés au cours du badinage ; il serait dû à un rétrécissement du champ de la conscience. Exposé d'autres théories interprétatives du syndrome « vorbeireden ».

W. H. Trethowan. — 18 étudiants psychologues se prêtèrent à l'expérience de simuler des troubles mentaux ; ils ignoraient la psychiatrie. Les investigations furent comparées à trois autres groupes de sujets : 50 normaux, 25 malades organiques avec état démentiel, 10 malades pseudo-déments dont un seul présentant le syndrome de Ganser.

A part quelques rares exceptions, les états simulés ne ressemblaient pas aux syndromes mentaux classiques ; ils peuvent être ainsi classés : simple dépression (deux cas), dépression avec amnésie (deux cas), dépression paranoïde (trois cas), autres états paranoïdes (cinq cas), simple amnésie (deux cas), faiblesse d'esprit (deux cas), épilepsie (un cas), puérilisme hystérique

(un cas). Ces simulateurs ne donnèrent pas tous des réponses absurdes (syndrome de Ganser).

La comparaison est faite entre ces divers groupes au sujet des réponses concernant la mémoire, l'orientation dans le temps.

Les états simulés expérimentalement se rapprochent sous beaucoup de rapports des pseudo-démences, mais de notables différences existent entre eux et d'autres investigations sont nécessaires.

J. G. Kenna. — Peu de cas de simulation rapportés dans la littérature ont été étudiés au moyen de tests psychologiques. Treize des dix-huit étudiants simulateurs mentionnés dans la communication précédente ont été soumis au « Visual motor Gestalt test ». Neuf ont donné des réponses anormales.

L. Marchand.

Du rôle du père dans le milieu familial des schizophrènes, par T. Lidz, B. Parker et A. Cornelison. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 2, août 1956, p. 126).

L'étude des personnalités des pères de schizophrènes et leur rôle dans la famille a montré que très peu avaient rempli leurs devoirs paternels, qu'il s'agisse de famille appartenant à la classe moyenne ou à la classe supérieure, que nombreux étaient ceux qui avaient exercé une influence sérieusement pathogène sur la structure familiale et sur la façon d'élever leurs enfants. Il n'y a pas qu'une seule sorte de père que l'on peut appeler « schizophrénogène ». Les auteurs les ont groupés en plusieurs catégories : 1° les pères de filles schizophrènes, qui se disputent avec leurs femmes, incapables de remplir leurs devoirs de maîtresse de maison et qui poussent leurs filles à les imiter en diminuant l'autorité et le prestige de leur mari ; 2° les pères qui ne peuvent supporter la rivalité de leurs épouses pour les soins attentifs qu'elles donnent à leurs fils, qui déprécient ces derniers, et empêchent leurs femmes de remplir leurs devoirs de mère ; 3° les pères passifs, qui ne jouent aucun rôle dans leur maison, qui ne sont pas appréciés de leurs femmes, qui ne peuvent servir de modèles à leurs fils, qui laissent aux mères toute la charge de la famille.

L. Marchand.

Accès de dépression et d'anxiété dans les désordres du lobe temporal, par A. Weil. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 2, août 1956, p. 149).

Les accès de dépression paroxystique s'observent plus fréquemment chez les épileptiques présentant des automatismes psychomoteurs associés à des auras olfactives. L'auteur les a notés chez sept sujets atteints de lésions temporales diagnostiquées : atrophie du lobe temporal, angiome, lésions post-infectieuses, encéphalopathie hypertensive, embolie de l'artère temporale, etc... Les épisodes dépressifs duraient de quelques minutes à quatorze jours. Chez ces sujets, des crises consistaient en attaques uncinées et en automatismes psychomoteurs. Les accès de dépression les précédaient ou survenaient après elles ; ils pouvaient aussi apparaître dans les intervalles libres entre les crises temporales. Les constatations électro-encéphalographiques démontrent que ce type particulier de réaction dépressive peut être

dû à la décharge épileptique « hippocampo-amygdaloïdo-temporale » ou après une post-décharge suivant la stimulation de cette aire cérébrale.

Les accès paroxystiques d'anxiété ou de crainte ont été mentionnés en corrélation avec les crises d'épilepsie temporale, en particulier comme aura. L'auteur les a observés chez quatre sujets chez lesquels les diagnostics étaient : angiome racémeux du lobe temporal gauche, thrombose ancienne de l'artère carotide interne avec atrophie secondaire du lobe temporal, atrophie du lobe temporal. Les accès survenaient isolément comme aura durant l'intervalle des crises. Ils étaient caractérisés du point de vue électro-encéphalographique par une « décharge » du cortex temporal.

L'auteur, en se basant sur les données neurologiques et électro-encéphalographiques, considère que les accès paroxystiques de dépression et d'anxiété dus à des désordres du lobe temporal ne doivent pas être confondus cliniquement mais étudiés séparément tout en intéressant un groupe spécial de malades.

L. Marchand.

Etudes électro-encéphalographiques chez mille malades schizophrènes, par H. Colony et Stanley E. Willis. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 20, août 1956, p. 163).

Les 1.000 schizophrènes, âgés en moyenne de 20,4 ans, sont composés de cas aigus, chroniques et de formes latentes. Les cas aigus ont été divisés en formes catatoniques, paranoïdes, indifférenciées. Les cas chroniques comprennent des sujets qui sont malades depuis plus d'un an avant leur hospitalisation ; ils sont atteints de formes simples, hébéphréniques, catatoniques, paranoïdes, de formes latentes. Les examens ont aussi porté sur un groupe de 474 sujets de contrôle, ayant le même âge que celui des schizophrènes, n'ayant aucune maladie neurologique, aucun symptôme psychotique. Comme résultat, 50 % des schizophrènes ont des tracés anormaux par présence d'ondes lentes, anomalie que l'on note aussi dans les tracés de 8,3 % des sujets de contrôle. Ces modifications peuvent résulter de perturbations émotionnelles et être sans rapport avec l'état schizophrénique ; elles ne peuvent servir à démontrer que la schizophrénie est une maladie organique génétique. Les anomalies n'ont pas plus d'importance que celles que l'on note chez des malades qui ne présentent aucun trouble organique cérébral.

L. Marchand.

Des malades dans les hôpitaux psychiatriques, par W. Logan. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 49, n° 8, août 1956, p. 495).

En 1951, il y avait 417.000 malades dans les hôpitaux anglais, dont 191.000, soit 46 % étaient, soit des malades mentaux, soit des déficients mentaux. Le mémoire n'a trait qu'aux malades qui étaient hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques et qui étaient au nombre de 141.000 (soit 34 %). En 1869, il n'y avait que 35.000 malades mentaux hospitalisés ; en 1939, 140.000, puis une diminution eut lieu pendant les années de guerre 1939-1945, pour aboutir à 51.000 en 1948.

En 1951, 41 % des hospitalisés étaient des malades du sexe masculin et la moitié avaient moins de 45 ans. Les malades femmes étaient plus nom-

breuses que les hommes. Plus des deux tiers des malades hommes et moins des deux tiers des malades femmes étaient placés volontairement.

Deux tiers des malades hommes et trois quarts des malades femmes étaient atteints de psychoses ; pour ces dernières, le diagnostic de réaction maniaque-dépressive est celui qui a dominé. La proportion des réactions anxieuses a été égale pour les deux sexes. Les admissions ont été plus nombreuses pour les malades hommes atteints d'une personnalité pathologique, de désordres du comportement, de syphilis cérébrale et d'épilepsie. La proportion des célibataires a été plus grande que celle des mariés, veufs ou divorcés. Dans les cinq classes sociales, c'est dans la cinquième que les admissions ont été plus nombreuses, mais une exception doit être faite pour les alcooliques, dont la proportion des admissions a été la plus forte dans les premières et deuxièmes classes sociales.

L. Marchand.

Modifications électro-encéphalographiques associées à l'intoxication alcoolique chronique et au syndrome d'abstinence alcoolique, par A. Wikler, F. T. Pescor, H. F. Fraser et H. Isbell. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 2, août 1956, p. 106).

Les auteurs ont entrepris, chez trois sujets âgés de 43, 26 et 35 ans, l'étude des corrélations qui peuvent exister entre les modifications électro-encéphalographiques et les périodes d'intoxication alcoolique ; la teneur du sang en alcool, les états cliniques durant l'intoxication alcoolique, la suppression brusque de l'alcool. Les sujets ne présentaient aucune manifestation d'un désordre du système nerveux central ; leurs tracés électro-encéphalographiques étaient normaux. Ils absorbèrent en moyenne par jour 458 à 489 cc. d'alcool éthylique à 95 % pendant 45-48 jours et la suppression de l'alcool fut brusque.

Durant l'intoxication chronique, le taux de l'alcool sanguin fut précisé suivant différentes méthodes ; pendant de longues périodes, il se maintint aux environs de 200 mgr. %. Dès le début, les électro-encéphalogrammes montrèrent un ralentissement diffus, qui persista pendant toute la période de l'intoxication chronique. Quinze à dix-neuf heures après la suppression de l'alcool, le taux de l'alcool sanguin tomba à zéro. Les trois sujets manifestèrent de l'anxiété, du tremblement, de la faiblesse, des sueurs profuses ; des dysrythmies électro-encéphalographiques passagères, légères mais nettes, ont été notées. Un sujet présenta des hallucinations visuelles transitoires et, 41 heures après l'abstinence, une crise convulsive généralisée. Chez un autre sujet, pendant les deux premiers jours de l'abstinence, on nota de l'hyperréflectivité, de la tachycardie, l'élévation de la pression sanguine, de la fièvre, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, et le quatrième jour les symptômes classiques du delirium tremens. Aucune modification électro-encéphalographique spécifique ne put être notée en corrélation avec les troubles mentaux. Tous les sujets reprirent leur état normal trois semaines après la suppression brusque de l'alcool.

Les auteurs concluent que les accès et le delirium tremens peuvent être provoqués par la suppression brusque de l'alcool chez des personnes intoxiquées depuis 48 jours au plus, que ces phénomènes peuvent se produire chez des individus chez lesquels on ne note aucun désordre du système nerveux

central avant l'intoxication, que l'alcool est un produit dont l'usage exagéré dépend de ses propriétés pharmacologiques, à la fois psychiques et physiques.

L. Marchand.

De l'affectivité inadaptée (inappropriate affect), par A. Harris et M. Metcalfe. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 19, n° 4, novembre 1956, p. 308).

Les schizophrènes qui présentent une affectivité inadaptée ont été comparés à des schizophrènes qui ne manifestent pas ce trouble. On note chez eux la présence plus grande d'autres symptômes sérieux ; ils répondent moins bien aux tests psychologiques concernant les processus intellectuels, le pronostic de la maladie mentale est moins bon car l'amoindrissement de l'affectivité indique un degré plus sévère et un trouble plus profond des fonctions mentales. On peut préciser par des tests cette diminution de l'affectivité et constater une lenteur dans les réponses.

L. Marchand.

L'orientation psychosomatique et la réforme des études universitaires (La orientación psicosomática y la reforma de los estudios universitarios), par Julia Endara (de Quito). (*Archivos de Criminologia, Neuropsiquiatria y Disciplinas Conexas*, Quito, vol. 4, n° 15, juillet-septembre 1956, p. 323-342).

Le développement de la médecine psychosomatique, l'importance des facteurs mentaux en pathologie rendent nécessaire une réforme des études universitaires grâce à l'introduction dans le programme de connaissances approfondies de psychologie à caractère surtout dynamique. Le médecin-praticien doit être au courant des données de la psychopathologie clinique. Il doit pouvoir reconnaître, dans ses relations avec ses malades, l'importance de la motivation inconsciente, le rôle joué par la désadaptation dans l'étiologie et l'évolution des maladies, les problèmes émotionnels et ceux de la personnalité correspondant aux diverses affections. Il doit veiller à ne pas séparer, dans l'étude de chaque cas, le malade de sa famille et de son ambiance. Pour obtenir la nette vision de la réalité indivisible de l'être humain, un enseignement systématique de la psychologie est une condition indispensable. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Electro-encéphalographie clinique (Electroencefalografia clinica), par C. Pérez Borja (de Quito). (*Archivos de Criminologia, Neuropsiquiatria y Disciplinas Conexas*, Quito, vol. 4, n° 15, juillet-septembre 1956, p. 343-387).

Après un rappel des fondements de l'électrophysiologie et des bases de l'électroneurophysiologie, l'auteur décrit le développement de l'électro-encéphalographie, la technique de l'enregistrement, les conceptions générales de l'activité électrique cérébrale, la sémiologie électro-encéphalographique et les caractères du tracé normal chez l'adulte au repos. Puis, il étudie les méthodes d'activation de l'électro-encéphalogramme : hyperventilation, sti-

mulation lumineuse intermittente, activation cardiazolique, activation par le sommeil. Pour chacune d'elles, il indique les modifications possibles du tracé et montre la signification diagnostique des altérations obtenues. Six figures.

V.-J. Durand.

Schizophrénie et régression (Schizofrenia e regressione), par Piero Sagripanti (de Voghera). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 45, fasc. 4, juillet-août 1956, p. 762-782).

Le phénomène de la régression est envisagé suivant les points de vue de quelques courants psychanalytiques (Freud, Federn, Mélanie Klein), de la psychologie génétique de Piaget et de la psychologie des peuples primitifs. Puis sont montrés quelques aspects régressifs qu'il est possible d'observer dans la schizophrénie. Il convient d'entendre la régression, non seulement comme le retour à une phase précédente du développement ontogénique et phylogénique, mais aussi comme la mise en fonction de niveaux inférieurs présents chez les normaux, ce qui permet un rapprochement avec les caractères de la dissolution au sens de Jackson. Des recherches pourraient être faites pour préciser les rapports entre régression et dissolution. Pour le moment, on peut dire que la seconde a une portée plus vaste, car elle comprend également les cas dans lesquels se manifeste une déformation pathologique des activités supérieures, tandis que la régression représente une forme particulière de dissolution. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance des psychosyndromes organiques par oxycarbonisme chronique (Contributo alla conoscenza delle psicosindromi organiche da ossicarbonismo cronico), par Aldo Semerari et Maria Sciarra (de Rome). *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 80, fasc. 3, 1er août 1956, p. 515-531).

Après un rappel des notions classiques concernant les troubles physiques et psychiques liés à l'oxycarbonisme chronique, les auteurs indiquent les résultats de leurs recherches personnelles. Ils ont examiné 250 sujets exposés, du fait de leur profession, à l'inhalation d'oxyde de carbone. Ils exclurent 49 sujets qui avaient présenté, antérieurement, des épisodes d'intoxication aiguë. Dans les 201 cas restants, il fut possible de porter le diagnostic d'oxycarbonisme chronique 55 fois (soit 27, 37 %). Parmi ces cas, le diagnostic fut porté 8 fois en se basant uniquement sur les signes psychiques : 47 fois, ce sont les manifestations physiques qui permirent d'identifier la nature de l'intoxication. Dans 111 cas, on put établir l'existence d'une psychonévrose de rente, dans 23 d'un syndrome psychonévrotique constitutionnel ou immédiat, dans 2 de simulation. Enfin, chez dix malades, il s'agissait d'affections indépendantes de l'oxyde de carbone. Les auteurs décrivent alors trois observations : la première, chez un ouvrier soumis depuis huit ans au risque toxique, avec céphalée, asthénie, vertiges, hyperesthésie émotive et sensorielle, déficit de l'attention, bradypsychie ; la deuxième, chez un sujet travaillant depuis deux ans en contact avec l'oxyde de carbone voyait, à la suite de l'intoxication aiguë d'un compagnon de tra-

vail, une réaction psychogène d'alarme se développer avec psychesthésies éprouvées comme traduisant une affection somatique grave ; il fut nécessaire de pratiquer l'électro-choc pour apaiser l'anxiété ; la troisième observation, enfin, est celle d'un ouvrier soumis depuis six ans au risque toxique, avec symptômes subjectifs nombreux, exprimés de façon théâtrale, tentatives de valorisation dans le but de faire reconnaître une invalidité importante, allure hystérique. Les caractères cliniques des trois cas sont différents. Il en est de même de l'évolution ultérieure. Discutant les problèmes posés par l'intoxication, les auteurs montrent que le diagnostic de psychosyndrome organique chez un sujet exposé pendant une période de temps suffisante à l'inhalation d'oxyde de carbone, et chez lequel les examens permettent d'exclure le rôle pathogène de traumatisme craniens, d'infections, de tumeurs, de vasculopathies, de processus dégénératifs séniles et préséniles, enfin de toutes les causes infectieuses, dégénératives ou toxiques, ce diagnostic équivaut à celui d'oxycarbonisme chronique. Au diagnostic de psychosyndrome organique s'ajoutent, comme le révèle l'analyse de la manière d'être dans le monde, les troubles subjectifs du type : céphalée, asthénie et vertiges. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Tableaux psychiques consécutifs aux traumatismes craniens (Quadri psichici consecutivi ai traumi cranici), par G. M. Corsini (de Bologne). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 80, fasc. 4, 1er octobre 1956, p. 734-763).

Parmi les nombreuses manifestations psychiques consécutives aux traumatismes craniens, il est possible de distinguer trois groupes principaux : troubles immédiats, troubles précoces, troubles tardifs. Les troubles psychiques immédiats sont essentiellement constitués par la commotion cérébrale, à l'exception de quelques phénomènes comme ceux décrits par Puech sous le nom de commotion cérébrale fruste. Indépendamment de sa gravité et de sa durée, la commotion cérébrale classique constitue toujours un événement de grande importance, car elle exprime l'atteinte de structures nerveuses centrales avec possibilité de lésions irréversibles et de complications psychiques ultérieures. Les troubles psychiques précoces sont fondamentalement caractérisés par la confusion mentale, l'agitation psycho-motrice, le désordre des actes. Ils se manifestent en général au moment de la résolution de l'état émotionnel et ont la signification d'une reconstruction lente et pénible de la personnalité. Une symptomatologie semblable amène Puech et Mallet à conclure à une génèse corticale et hypothalamique, tandis que le tableau clinique décrit par Guiraud du psychisme sous-cortical permet de ramener à ce mécanisme l'origine des troubles psychiques commotionnels. Enfin, les troubles psychiques tardifs peuvent réaliser des syndromes variés. On peut décrire : *a*) tableaux névrosiques, particulièrement discutés, montrant des aspects variables, posant d'importants problèmes médico-légaux ; *b*) tableaux psychosiques, parmi lesquels doit être détachée la schizophrénie ; *c*) tableaux démentiels, avec affaiblissement intellectuel plus ou moins profond ; *d*) tableaux caractérologiques, au premier plan desquels doit se placer la perte des sentiments éthiques. Actuellement, beaucoup de problèmes posés par les troubles mentaux des traumatismes craniens ne sont pas résolus. De nombreuses inconnues subsistent. Il est nécessaire d'étudier les

différents facteurs intrinsèques et extrinsèques susceptibles d'intervenir et de mettre en valeur le dynamisme évolutif qui préside aux modifications de la personnalité. Au cours de l'exposé, l'auteur rapporte les principales opinions émises à ce sujet et expose quelques observations. Bibliographie.

V.-J. Durand.

A propos de la recto-colite hémorragique, maladie psychosomatique, par Pierre B. Schneider (de Lausanne). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 78-84).

Les travaux sur les caractéristiques psychosomatiques de la recto-colite hémorragique ne donnent pas des résultats concordants. Si, de ses recherches personnelles, l'auteur admet, comme constances psychologiques des colitiques, la dépendance infantile et une agressivité fortement réprimée, il recommande la prudence dans l'interprétation des facteurs parfois invoqués. De toute façon, la psychothérapie est de grande utilité chez ces malades : psychothérapie de soutien ordinairement, plus rarement psychanalyse. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Considérations critiques sur le delirium tremens. Aspects généraux (Considerazioni critiche sul delirium tremens. Aspetti generali), par Giuseppe Brusa et Dario de Martis (de Niguarda). (*Rivista Sperimentale de Freniatria,* vol. 80, fasc. 4, 1er octobre 1956, p. 710-724).

L'auteur passe en revue les notions essentielles tant classiques que récentes dans le domaine du delirium tremens, examinant les problèmes étiologiques, biologiques (avec évocation des travaux de l'école française), cliniques, évolutifs. En se basant sur le critérium de l'évolution des symptômes diencéphaliques, il apparaît possible de distinguer les formes suivantes, de signification et de valeur pronostique diverses : formes atténuées, bénignes, à guérison habituelle ; delirium tremens proprement dit, de pronostic sévère, et dont l'évolution est toujours incertaine ; enfin, délire aigu des alcooliques chroniques, forme d'emblée mortelle. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Archéologie et psychopathologie (Archäologie und Psychopathologie), par A. Kielholz (d'Aarau). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 40-47).

Montrant que l'on a souvent comparé le travail du psychanalyste à celui de l'archéologue, l'auteur étudie quelques cas de psychopathologie en relation avec l'histoire. Il rappelle que de nombreux empereurs romains ont présenté des troubles psychiques, par exemple Tibère, Caligula, Claude, Néron, Domitien, Commode, Caracalla, Géta. Il cherche à expliquer la fréquence de ces manifestations mentales. Puis il envisage les problèmes soulevés par le culte de Mithra, son développement, ses relations avec d'autres religions, son déclin et sa disparition. Quelques allusions sont faites à des découvertes archéologiques en Suisse à propos du culte de Mithra et de celui d'Isis. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Observations sur le psychodiagnostic de Rorschach (Observaciones sobre el psicodiagnóstico de Rorschach), par Georg A. Roemer (de Tutzing bei Starnbergersee). (*Revista de Psicologia General y Aplicada,* Madrid, vol. 11, n° 37, janvier-mars 1956, p. 55-67).

L'auteur montre que le livre de Rorschach n'était pas l'exposé définitif de conceptions solidement établies, mais seulement un travail préparatoire, de valeur provisoire. On peut retrouver certaines contradictions dans le volume original, en particulier en ce qui concerne les réponses de mouvement, celles de couleur, la notation des réponses globales, de grands détails, de petits détails, la qualification du contenu des réponses. De même, il apparaît difficile d'admettre la complète exactitude des conclusions de Rorschach sur la correspondance entre types de protocole et modalités du caractère. Chaque sujet présente des oscillations entre les variétés caractérologiques décrites. Le test de Rorschach ne constitue pas une épreuve intangible. Il est nécessaire de le perfectionner.

V.-J. Durand.

Les constellations dans la schizophrénie (Le costellazioni nella schizofrenia), par Gianni Miglis et Guido Pelizzari (de Brescia). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 45, fasc. 4, juillet-août 1956, p. 737-755).

Les auteurs se sont proposés d'appliquer sur un groupe de vingt schizophrènes une série d'épreuves destinées à l'étude de la mosaïque protéique et faisant partie des constellations de Wunderly et Wuhrmann. Après une revue de la littérature sur les données histologiques et biologiques, apparaît évidente l'existence d'un lien de causalité entre insuffisance hépatique et schizophrénie. Des recherches personnelles des auteurs, on peut conclure à la présence chez les malades examinés d'un déséquilibre protéique rattachable à la dysfonction hépatique. En comparant les résultats obtenus avec les types de constellations décrits par Wunderly et Wuhrmann, on peut penser à une lésion du parenchyme hépatique, diffuse, non ictérique. Figures. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les développements du test du labyrinthe de Porteus (Los desenvolvimientos del test de laberintos de Porteus), par Stanley D. Porteus (d'Hawaï). (*Revista de Psicologia General y Aplicada,* Madrid, vol. 11, n° 37, janvier-mars 1956, p. 5-16).

L'auteur montre que le test du labyrinthe imaginé par lui est parfois mal utilisé et surtout mal interprété. Il doit être considéré comme un moyen de déterminer les capacités de planification, d'activités consciemment réparties suivant un plan. Ce n'est pas un test d'intelligence générale, et il ne faut pas le mettre sur le même plan que le Binet-Simon et le Wechsler-Bellevue. Son emploi avant et après les opérations psycho-chirurgicales a permis de mettre en évidence un déficit lié à l'intervention et que d'autres épreuves psychométriques n'avaient pas découvert. Chez les délinquants, on avait signalé l'insuffisance du test de Porteus. En réalité, il faut tenir compte des irrégularités du tracé : angles coupés, lignes croisées, crayon quittant le papier. On voit alors que ces anomalies sont deux fois plus fré-

quentes chez les délinquants que chez les sujets normaux. Le test du labyrinthe mérite un emploi très étendu. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'interprétation visuelle du monde (La interpretacion visual del mundo), par Julien Marias (de New Haven-Yale University). (*Revista de Psicologia General y Aplicada,* Madrid, vol. 11, n° 37, janvier-mars 1956, p. 17-25).

Le sens de la vision joue un rôle capital dans la formation des concepts, dans la structuration de la pensée, dans l'évolution de la philosophie et la création des symboles. Les autres sens ont, à cet égard, une place moins importante. La vue constitue, de façon spécifique, le sens du monde ou plutôt de la mondanité. La perception de la distance, de l'éloignement, celle des ténèbres elles-mêmes, les relations avec la temporalité à cause du rythme nycthéméral ont déterminé l'établissement de cadres de pensée qui imprègnent toute l'activité psychique. Même l'aveugle-né utilise, au moins partiellement, le monde des voyants. La primauté de la vue est donc justifiée. C'est le sens spécifique de la mondanité, d'où sa domination historique.

V.-J. Durand.

Choix vocationnel comme expression de conflit dans l'identification (Vocational choice as an expression of conflict in identification), par Vita S. Sommers (de Los Angeles). (*American Journal of Psychotherapy,* vol. 10, n° 3, juillet 1956, p. 520-535).

Le choix de la vocation, qu'il soit heureux ou non, peut exprimer un conflit dans l'identification. L'auteur montre qu'il peut constituer un moyen de lutte et de défense contre l'identification avec un parent redouté ou haï. Trois cas sont présentés concernant respectivement une jeune femme et deux hommes de 34 et 24 ans. L'analyse révèle une haine consciente d'un des parents comme objet extérieur et le refus de ce même parent comme image interne. Le traitement ne fut efficace que chez les deux premiers malades. Dans les cas névrotiques, en particulier, le choix vocationnel est largement un processus inconscient. L'identification du moi assure une grande importance dans la compréhension des aspects normaux et pathologiques de ce choix. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Réaction intracutanée dans des cas mentaux variés par l'extrait de desoxyribonucléoprotéine obtenu à partir du cerveau de schizophrènes (Intracutaneous reaction in various mental cases through D.N.P. extract obtained from the brain of schizophrenics), par Shiro Koizumi, Norimasa Horiuchi et Hisao Kobayashi (de Morioka). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica,* vol. 10, n° 1, juin 1956, p. 5-11).

A l'aide de sérum de lapin obtenu par des injections intraveineuses répétées de désoxyribonucléoprotéine extraite du cerveau frais de schizophrènes, des réactions intracutanées ont été faites chez divers malades mentaux. La réaction consiste en une formation rugueuse, accompagnée d'un léger gonflement qui atteint son maximum avec coloration de la peau en huit à

seize heures. C'est une réaction d'apparition rapide et transitoire, disparaissant dans les 24 heures. En comparant les dimensions de chaque tache rouge, on trouve qu'il y a une nette différence entre sujets normaux et schizophrènes au bout de huit heures, une différence moins marquée au bout de vingt-quatre heures. Les auteurs pensent que ces faits sont en faveur d'une interprétation de la schizophrénie, au point de vue sérologique et biochimique. Tableaux. Deux figures.

V.-J. Durand.

Le psychodiagnostic de Rorschach dans le syndrome épileptique (El psicodiagnostico de Rorschach en sindrome epileptico), par Lauro Escobar Valle (de Quito). (*Archivos de Criminologia, Neuropsiquiatria y Disciplinas Conexas,* Quito, vol. 4, n° 15, juillet-septembre 1956, p. 426-462).

Après avoir rappelé les notions cliniques essentielles sur les formes de l'épilepsie et les travaux concernant l'emploi du psychodiagnostic de Rorschach au cours de cette affection, l'auteur expose les résultats de ses recherches chez 80 malades présentant des signes de comitialité. Les types coarté, coartatif et extratensif sont les plus fréquents. Il existe une corrélation entre différents groupes de signes : signes épileptiques et signes organiques, nombre de réponses, types de résonance intime, nombre de chromesthésies et signes de liens. On peut distinguer les groupes suivants : 1) protocoles avec plus de cinq signes organiques et plus de sept signes épileptiques ; 2) protocoles avec moins de cinq signes organiques et moins de sept signes épileptiques ; 3) protocoles avec type extratensif, total des réponses supérieur à vingt, présence de signes de liaison ; 4) type coarté-coartatif, total des reponses inférieur à vingt, moins de deux réponses de couleur, absence de liens. Les signes épileptiques et organiques ont une certaine corrélation avec le niveau intellectuel ; s'ils sont nombreux, le quotient intellectuel est habituellement bas. Les troubles du caractère sont en corrélation avec les réponses de couleur, le type de résonance intime, le nombre de réponses et les symptômes de liens. La forme temporale donne le plus grand nombre de signes organiques et épileptiques. Cette forme est très souvent post-traumatique. Les formes dites idiopathiques sont surtout de type coarté-coartatif ; les post-traumatiques sont plutôt extratensives. Les variétés extratensives sont celles qui présentent les troubles du caractère les plus graves. Les autres, au contraire, montrent une meilleure adaptabilité sociale. La présence d'une personnalité organique est constante chez l'épileptique.

V.-J. Durand.

Facteurs psychologiques dans la fréquence des mictions (Psychological factors in frequency of micturition), par T. E. Weckowicz. (*The British Journal of Medical Psychology,* vol. 28, n° 4, 1955, p. 257-263).

Vingt patientes souffrant de pollakiurie à évolution chronique sont explorées psychologiquement à l'aide d'entrevues psychiatriques et de l'application du M.M.P.I. Les malades furent divisées en deux groupes : celles qui avaient une histoire pathologique organique, celles sans antécédents ou signes présents d'organicité. Toutes les malades furent trouvées assez anxieuses et agressives. Le groupe fonctionnel était plus nettement et ouvertement agres-

sif et recherchait davantage à attirer l'attention que le groupe organique. Ce dernier montre des caractéristiques sociales plus utiles, capacité de travail, initiative, activité bien dirigée. Les résultats au M.M.P.I. permirent de noter un plus grand nombre de réponses anormales dans le groupe fonctionnel que dans le groupe organique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Syndrome paraphrénique par troubles de la conscience morale (Sindrome parafrenica da turbe della coscienza morale), par Giovanni Verrienti. (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 80, fasc. 3, 1er août 1956, p. 567-580).

Après avoir rappelé le rôle possible des facteurs moraux dans l'apparition de la schizophrénie, ainsi que les rapports entre conscience morale et psychiatrie, comme les ont précisés particulièrement les études de Baruk, l'auteur décrit un cas de syndrome délirant avec troubles psycho-sensoriels, absence de faits dissociatifs importants, apparu chez une malade de 50 ans. L'interrogatoire permit de découvrir l'existence de remords pour une faute réelle commise vingt-sept ans plus tôt. L'existence d'une tachyarythmie par flutter auriculaire contre-indiquant l'emploi de méthodes de choc, le traitement consista uniquement en une psychothérapie persévérante associée à quelques médicaments cardiotoniques, régulateurs du rythme et à de légers sédatifs du système neuro-végétatif. La psychothérapie mise en pratique fut inspirée à la fois par la logothérapie de V. E. Frankl et par la chitamnie de Baruk. Elle se montra efficace, permettant d'obtenir la correction des idées délirantes, l'apaisement des sentiments de remords avec retour à une vie normale. L'auteur montre l'intérêt des psychothérapies conduites « par le haut », opposées aux techniques psychanalytiques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Syndromes paranoïdes symptomatiques de maladies organiques du système nerveux (Sindromi paranoidee sintomatiche di malattie organiche del sistema nervoso), par Silvio Nobile. (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 80, fasc. 3, 1er août 1956, p. 580-613).

On a souvent décrit des états délirants de type paranoïde au cours de diverses affections organiques du système nerveux. Mais, les hypothèses d'interprétation sont nombreuses et souvent opposées. Dans l'ensemble, la discussion est ouverte entre la conception d'une schizophrénie véritable provoquée par un processus cérébral et la croyance à l'existence de réactions exogènes schizophréniformes. L'auteur envisage les causes suivantes : paralysie générale, maladie de Parkinson post-encéphalitique, affections endocriniennes (maladies d'Addison, de Cushing, acromégalie, syndromes diencéphalohypophysaires), intoxications (alcoolisme, intoxications expérimentales par la mescaline, l'opuntia cylindrica et la diéthylamide de l'acide lysergique), maladies hérédo-dégénératives (ataxies spino-cérébelleuses, dystrophie musculaire progressive, chorée de Huntington, maladie de Wilson, atrophie musculaire type Charcot-Marie, sclérose latérale amyotrophique, myoclonie-épilepsie d'Unverricht), sclérose en plaques, anémie pernicieuse

avec syndrome de Lichtheim, tumeurs et affections vasculaires de l'encéphale, traumatismes craniens, épilepsie, démences sénile et présénile. Pour chaque affection évoquée, sont rapportés les faits classiques, les opinions exprimées par les différents auteurs. Parmi les syndromes observés, on peut distinguer : épisodes oniroïdes ou vraiment oniriques, épisodes aigus délirants ou hallucinatoires, sans troubles apparemment graves de la conscience, états chroniques délirants avec ou sans incohérence, ordinairement secondaires aux tableaux précédents, syndromes schizophréniques vrais, réactions à type paranoïaque. De nombreux éléments sont donnés pour l'interprétation, le diagnostic différentiel des formes constatées. L'étiologie en rapport avec celle de la schizophrénie est rappelée. Au point de vue causal et pathogénique, il n'y a pas une cause univoque capable de donner origine, à elle seule, aux syndromes paranoïdes symptomatiques. Ceux-ci sont la conséquence de facteurs variés ; caractérologiques, héréditaires, anatomiques, etc., dont aucun n'est essentiel, s'associant ordinairement aux autres. Quant à la psychopathologie, il s'agit de formes exprimant une organisation particulière d'une personnalité « détériorée », d'un mode particulier « d'être-au monde », proche, mais non identifiable à celui du schizophrène. Abondante bibliographie.

V.-J. Durand.

Ressources linguistiques et théorie psychodynamique (Linguistic resources and psychodynamic theory), par John Money (de Johns Hopkins Hospital). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 28, n° 4, 1955, p. 264-266).

L'auteur étudie les formes dérivées apparues récemment dans le vocabulaire psychologique et montre qu'elles peuvent être considérées dans leurs relations avec la théorie psychodynamique. Une question doit être posée, c'est la raison pour laquelle les nouveaux mots, créés récemment, sont dérivés de racines latines et n'appartiennent pas aux vocables d'origine nordique. La théorie dynamique du déterminisme inconscient est-elle elle-même inconsciemment déterminée par l'héritage latin du vocabulaire anglais ?

V.-J. Durand.

Quelques problèmes concernant l'éthique et le surmoi (Some problems concerning ethics and the superego), par Erwin Levy (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 10, n° 2, avril 1956, p. 217-240).

Les conceptions du surmoi et de ses rapports avec les problèmes éthiques ont subi diverses modifications depuis les premiers travaux de Freud. Au point de vue théorique, il est possible de distinguer trois types d'éthique : absolutisme éthique, relativisme éthique et position de la gestalt-psychologie. L'auteur s'attache surtout à décrire cette dernière et à analyser quelques situations morales d'après les principes de la psychologie de la forme. Des exemples concrets permettent de préciser les relations entre le surmoi et les fonctions éthiques. Les étapes de développement du surmoi sont rappelées. Les interférences des conditions du milieu culturel de l'éducation, du mode de vie, sont mises en relief. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Renaissance de la psychiatrie (Renacimiento de la psiquiatria), par J. Solé Sagarra (de Barcelone). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 10, n° 36, octobre-décembre 1955, p. 891-908).

Après avoir évoqué les conceptions psychiatriques de l'antiquité, l'auteur décrit les progrès accomplis depuis le XVI^e^ siècle, où la connaissance des maladies mentales présenta une véritable renaissance. Celle-ci était d'ailleurs préparée depuis le XIII^e^ siècle avec Albert le Grand et saint Thomas d'Aquin. Depuis le XVI^e^ se développent les études anatomiques, s'observe la naissance de la psychologie moderne avec, en particulier, Luis Vives. Les médecins luttent contre la démonologie. Les recherches neuro-physiologiques s'accroissent, la psychiatrie pratique se perfectionne parallèlement aux classifications et aux descriptions de la psychiatrie théorique, aboutissant au XIX^e^ à l'édification de la psychiatrie scientifique. La contribution de Pinel, de ses disciples, la place importante tenue par l'école française du dernier siècle sont bien mises en évidence. La part des auteurs espagnols est indiquée dans les différents domaines.

V.-J. Durand.

Considérations sur le spasme du cardia (Considerazioni sullo spasmo del cardias), par R. Vidal Teixidor (de Barcelone). (*Medicina psicosomatica*, Rome, vol. 1, n° 1, janvier-mars 1956, p. 23-26).

L'auteur envisage les problèmes posés par les troubles fonctionnels de la déglutition, avec ou sans dilatation de l'œsophage et en l'absence de toute affection organique de la même région. Le spasme du cardia fait son apparition ou devient plus aigu parallèlement à des conflits vitaux, dus généralement à des facteurs liés à des héritages, à des doutes au moment de prendre une décision importante, à des déceptions affectives, au sentiment de culpabilité. Les meilleurs résultats thérapeutiques ont été obtenus par la psychothérapie associée à une ou deux dilatations brusques de l'œsophage avec l'appareil de Starck.

V.-J. Durand.

Le transfert dans la psychologie analytique (The transference in analytical psychology), par A. Plaut (de Londres). (*The british journal of medical psychology*, vol. 29, n° 1, 1956, p. 15-19).

Dans une conférence faite à Londres le 26 octobre 1955, devant la section médicale de la Société psychologique britannique à l'occasion du 80^e^ anniversaire de C. G. Jung, l'auteur rappelle les traits essentiels du concept de transfert dans la psychologie du maître de Zürich. Le continu infantile du transfert peut combler le désir du malade d'entrer en contact intime avec l'analyste. Le symbolisme revêtu dans le phénomène de transfert est un des moyens essentiels de transformation et de progrès. Quelques considérations sont faites sur la pratique clinique, pour laquelle sont mises en évidence les caractéristiques spécifiques du transfert. Certaines difficultés, certaines possibilités d'échec ou d'aggravation sont signalées. Un exemple clinique est rapporté pour illustrer l'exposé. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Examen de l'intelligence dans une institution pour déficients mentaux (Intelligence survey of a mental deficiency institution), par B. W. Richards (de Caterham). (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 4, 1955, p. 267-270).

Ces résultats des tests de 522 déficients mentaux d'une institution sont analysés par groupes d'âge. Valeurs moyennes, déviations standard sont calculées. L'auteur, tout en montrant la valeur des tests d'intelligence, signale la possibilité de quelques erreurs d'interprétation.

V.-J. Durand.

Analyse du processus d'amélioration et de guérison dans le cours de la psychothérapie (Analisi dei processi di miglioramento e di guarigione nel corso della psicoterapia), par Gaetano Benedetti (de Zurich). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17e année, fasc. 5, septembre-octobre 1956, p. 971-988).

Les processus d'amélioration et de guérison au cours de la psychothérapie sont étudiés ici, au point de vue des rapports émotifs et intellectuels observés entre médecin et malade. L'auteur essaye de montrer, grâce à des exemples cliniques concrets, comment les phases d'amélioration coïncident avec des événements symboliques, répondant à des modifications profondes du rapport entre les deux représentants du processus psychothérapique. Les modifications de la personnalité, qui résultent d'un tel processus, paraissent avoir une structure psychologique différente des sédations obtenues par les thérapeutiques de choc. Elles sont possibles seulement grâce à une intense participation humaine aux expériences psychotiques du malade et à une exacte interprétation de leur signification. La psychiatrie moderne, à direction psychothérapique est caractérisée, face à la psychopathologie essentiellement descriptive, par la tendance à étudier les phénomènes psychopathologiques dans le cadre des relations interpersonnelles.

V.-J. Durand.

Déterminisme psychique. Liberté et développement de la personnalité (Determinismo psichico. Libertà e sviluppo della personalità), par Noel Mailloux (de Montréal). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17e année, fasc. 5, septembre-octobre 1956, p. 853-865).

Au moment du début de la psychanalyse, celle-ci a été préoccupée principalement par l'exploration du domaine inconscient de la personnalité. La science naissante cherchait à décrire le dynamisme du ça et à individualiser les formes impulsives qui caractérisent les différentes phases de l'âge évolutif. Ainsi, on a pu obtenir une connaissance suffisante du mécanisme défensif du moi. Aujourd'hui, toutefois, on pense qu'il faut étudier plutôt l'activité du moi dans son dynamisme normal, non conflictuel. Le dynamisme, en effet, paraît la condition de l'activité créatrice humaine. Sa connaissance peut éclairer le problème de la liberté. La conception du libre arbitre ne doit pas être envisagée comme s'opposant à celle du déterminisme. La liberté, en effet, consiste dans le franchissement de l'indétermination primordiale. Par conséquent, elle a une détermination autonome spéciale. La détermination psychique est précisément une condition indispensable à l'ac-

quisition de la liberté et l'exploration du monde inconscient doit se diriger vers la reconnaissance du moyen d'atteindre ce déterminisme. La liberté, à son tour, est une condition nécessaire du développement normal de la liberté. L'auteur cite en terminant, pour caractériser la parfaite liberté, un passage de saint Augustin : « Ama et fac quod vis ». Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La démence paralytique de Lissauer. Corrélations anatomo-cliniques (La demencia paralitica de Lissauer. Correlaciones anatomoclinicas), par Alfredo F. Thomson (de Buenos-Aires). (*Acta neuropsiquiátrica argentina*, vol. 2, n° 2, avril-juin 1956, p. 119-140).

Quatorze cas de paralysie générale de Lissauer sont rapportés avec vérification anatomique. Les symptômes psychiques étaient peu différents de ceux de la paralysie générale commune. L'évolution était plus lente. Les signes neurologiques prédominaient avec aphasie sensorielle de Wernicke dans 78,5 % des cas. L'ictus paralytique a été observé presque constamment, il était de type classique. La durée de la maladie fut en moyenne de 4 ans. L'atrophie corticale, caractéristique anatomo-pathologique de la forme de Lissauer, était unilatérale (surtout gauche) dans onze cas sur quatorze. Les circonvolutions particulièrement atteintes étaient la première et la deuxième temporales, la supramarginale et le pli courbe. On peut distinguer trois degrés d'atrophie corticale. Dans les degrés 1 et 2, l'image granuleuse est la plus courante ; dans le degré 3 (le plus accentué), l'aspect schizogyrique est habituel. Il y a un parallélisme étroit entre les symptômes neurologiques focaux et le siège des zones d'atrophie corticale. Il faut souligner l'intérêt des méthodes complémentaires d'examen (pneumoencéphalographie, électro-encéphalographie). Le diagnostic différentiel se pose avec les divers syndromes démentiels accompagnés de signes focaux (démence artérioscléreuse, maladies de Pick et d'Alzheimer, syphilis cérébrale). L'évolution progressive de symptômes de localisation, malgré l'amélioration du processus syphilitique (normalisation du liquide céphalo-rachidien) laisse supposer la possibilité de facteurs extra-infectieux adjuvants. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Démonstration d'une relation psychosomatique (Demonstration of a psychosomatic relationship), par Maryse Metcalfe (de Londres). (*The british journal of medical psychology*, vol. 29, n° 1, 1956, p. 63-66).

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de 21 ans souffrant de crises d'asthme qui rendaient très pénible son travail. L'examen et l'analyse psycho-somatique révèlent l'existence d'une relation significative entre les troubles respiratoires et une situation émotionnelle dans les rapports avec la mère. Cette relation a pu être affirmée grâce à une étude soigneuse, à de nombreux entretiens avec la malade (66 fois en 85 jours), à une confrontation entre les données de l'interrogatoire et celles de l'examen physique. L'évolution pendant les deux années qui suivirent le séjour à l'hôpital confirma la justesse de la relation causale invoquée.

V.-J. Durand.

La psychologie de la personnalité. Ses problèmes taxonomiques (A psicologia da personalidade. Seus problemas taxonómicos), par Eliezer Schneider. (*Arquivos do manicómio judiciário Heitor Carrilho*, Rio-de-Janeiro, 24e année, n° 1-2, 1er-2e semestres, 1955, p. 41-50).

L'auteur fait une étude historique des classifications de la personnalité, depuis celles du Talmud, d'Hippocrate, de Kant, de Wundt, jusqu'à celles de Kretschmer, de Sheldon, de Di Giovanni, de Benecke. Une description particulièrement développée est faite des travaux de Eysenck et des divisions proposées par J. F. Brown, en se basant sur les stades évolutifs de Freud. Les classifications de Kræpelin, Bleuler, Janet, Mac Dougall, E. Spranger, sont évoquées. De toute façon, contrairement aux psychiatres, qui doutent de la valeur de la taxonomie, l'auteur pense qu'elle constitue un élément essentiel et une des conditions du succès des recherches ultérieures

V.-J. Durand.

Phénomenologie de la perception visuelle tridimensionnelle en rapport avec la « transactional theory » (Fenomenologia della percezione visiva tridimensionale in rapporto con la « transactional theory »), par Angiola Massucco Costa (de Cagliari). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17e année, fasc. 5, septembre-octobre 1956, p. 905-931).

Il s'agit ici de l'exposé de démonstrations et d'expériences conduites en groupe, par l'auteur, et les Drs Fonzi et Rosa. Dans la première partie, sont rappelées les données essentielles concernant la théorie de la recherche relative à la « transactional theory ». Celle-ci est à rapprocher des conceptions de Dewey, de Bentley et des psychologues de la forme. L'auteur accepte le principe que la perception soit une structuration fonctionnelle active, relativement orientée et logique dans le processus de l'action empirique. Puis, sont discutées les recherches expérimentales des adeptes de la « transactional theory », les expériences originales de l'équipe de Turin dans le but d'identifier la place et la signification de l'activité perceptive dans l'expérience. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'onirisme : considérations psychopathologiques (L'onirismo, considerazioni psicopatologiche), par F. Barison et L. Massignan (de Padoue). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17e année, fasc. 5, septembre-octobre 1956, p. 933-950).

S'appuyant sur une observation clinique, les auteurs décrivent un onirisme illusionnel, constitué essentiellement par des illusions. Il doit prendre place à côté des différentes formes d'onirisme pur, des états oniroïdes et onirosiques. Il semble que l'onirisme illusionnel est une conséquence de l'altération des processus assimilateurs. Après avoir étudié les caractères fondamentaux de tous les onirismes, et particulièrement de ceux de la forme décrite par eux, les auteurs pensent qu'il est possible d'admettre l'existence d'autres formes d'onirisme incomplet. Ils critiquent en même temps la tendance à l'extension de la pathogénie onirique à d'autres domaines de la psychopathologie. En particulier, ils s'opposent à l'invocation de mécanismes oniriques dans l'explication du mode d'être schizophrénique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'image unique (L'imagine unica), par Mario Ponzo (de Rome). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17e année, fasc. 5, septembre-octobre 1956, p. 867-876).

Dans le domaine sensoriel s'impose dès l'abord l'évidence de nombreux organes des sens, dont on suppose que chacun est capable de fournir des images particulières. L'analyse psychologique met, par contre, en présence d'une image perceptive unique qui ne constitue pas une exception, mais est la règle habituelle. C'est en particulier par son caractère unique que se révèle l'image mentale qui, malgré sa genèse à partir de différents centres nerveux, se montre déformée par l'absence de l'un de ces centres. L'unité de l'image a été entrevue par divers auteurs comme Lajos Szekely (1932). Mais déjà en 1908, H. Laures dans son ouvrage : « Les synesthésies » (Bloud et Cie, Paris, 1908), en avait montré l'existence. Les traits caractéristiques de l'image unique ressemblent beaucoup à ce que les psychiatres appellent image hallucinatoire. Dans la première, l'aspect perceptif prévalent occupe le premier plan. La considération de l'image unique, du point de vue doctrinal, en amplifie le domaine, l'étendant nettement au-delà des limites traditionnelles des images visuelles et auditives.

V.-J. Durand.

Névrose anxieuse et état cachectique par anorexie secondaire à la suite d'une adénotonsillectomie (Neurosi ansiosa e stato cachettico da anoressia secondaria in seguito ad adenotonsillectomia), par A. Dalla Volta, M. Merlini et G. Zecca (de Gênes). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 17e année, fasc. 5, septembre-octobre 1956, p. 877-903).

Les auteurs décrivent un cas d'anorexie grave chez un jeune névrotique de 14 ans. Cette anorexie se développa à la suite d'une adénoamygdalectomie. L'opération, exécutée sans anesthésie et de façon douloureuse, fut suivie d'une hémorragie abondante. Une semaine plus tard, le malade commença à éprouver une peur d'avaler les aliments, parce qu'il craignait une fausse route avec passage dans les voies aériennes, entraînant l'étouffement. Une étude soigneuse est faite à l'aide des épreuves de Rorschach et de Behn-Rorschach, qui ont été pratiquées à différentes phases de la maladie. On remarque que le jeune malade projette, au cours de ces épreuves, ses préoccupations anxieuses. Diverses explications psychanalytiques sont proposées pour expliquer le comportement du malade. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Observations psychologiques dans la thérapeutique insulinique (Observaciones psicológicas en la terapéutica insulinica), par Alberto Fontana, José Bléger et Chaja Zamtleufer Rosenthal. (*Acta neuropsiquiatrica argentina*, vol. 2, n° 2, avril-juin 1956, p. 175-178).

Les auteurs ont cherché à souligner la profusion et la richesse des manifestations psychologiques au cours du traitement insulinique et l'importance correspondante de manier de façon adéquate la situation au point de vue psychologique. Le traitement insulinique est une expérience émotionnelle pour le malade, autant et plus qu'une intervention chirurgicale. Cette

expérience a pour chaque sujet traité une valeur distincte. Il est nécessaire d'en tenir compte et de la considérer avec beaucoup d'attention et de précision. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Actualité de l'hystérie (Actualidad de la histeria), par Cesar-Augusto Cabral (*Acta neuropsiquiatrica argentina*, vol. 2, n° 2, avril-juin 1956, p. 186-199).

L'auteur fait, tout d'abord, une révision historique des conceptions multiples de l'hystérie, évoquant les idées formulées par Hippocrate, Sydenham, les descriptions de Charcot, de Bernheim et Babinski. Il montre que, contrairement à l'opinion de certains psychiatres contemporains, l'hystérie est une entité clinique indépendante, assez fréquente. Pour préciser ses limites, il rappelle quelques travaux récents, répondant à des tendances variées, puis envisage la physiopathologie de la maladie. A ce sujet, il insiste sur l'intérêt de la théorie explicative de Pavlov. L'hystérique doit être considéré, dans les conditions habituelles de la vie, comme une personne hypnotisée chroniquement jusqu'à un certain point. La débilité de son cortex explique que les stimulations communes peuvent se montrer supramaximales et s'accompagner d'une inhibition exagérée diffuse. Des applications des conceptions pavloviennes ont été possibles au cours de la dernière guerre dans de nombreux cas d'hystérie. L'auteur se montre partisan des doctrines de Pavlov, ce qui entraîne, au point de vue thérapeutique, l'emploi des cures de sommeil prolongé. Dans les formes de type inhibiteur, une méthode d'abréaction est utilisée avant l'hypnothérapie. Des exemples sont rapportés. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des mouvements oculaires dans la représentation visuelle (Contributo allo studio dei movimenti oculari nella rappresentazione visiva), par Marcello Cesa-Bianchi (de Milan). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, 83e année, fasc. 4, 1955, p. 749-779).

Après une révision et une étude critique des recherches faites antérieurement sur les mouvements oculaires, mettant en relief l'importance prise aux yeux du psychologue par l'examen de ces mouvements dans les activités psychiques d'information et dans les phénomènes affectifs, l'auteur présente une exploration expérimentale consacrée au problème de l'imagination visuelle. Il essaye de reproduire la technique de P. Schifferli, employant cependant le « Master ophtalmograph » de l'American Optical Company, pour enregistrer les réflexes de la cornée. Les résultats obtenus chez 14 sujets confirment partiellement les conceptions de Schifferli, mais ils permettent aussi de souligner le caractère arbitraire de certaines interprétations et l'inexactitude structurelle du procédé. Ainsi, au cours de l'expérience ont été notées les caractéristiques de la reproduction d'une situation psychomotrice et non d'une situation psycho-sensorielle. Il est donc faux de considérer comme des équivalents de l'activité imaginative les éléments apparus au cours d'une activité essentiellement musculaire. L'auteur souligne en outre la nécessité d'envisager le problème concernant les mouvements oculaires dans l'imagination visuelle selon une orientation

méthodologique vraiment satisfaisante. Les résultats de cette recherche tendraient aussi à démontrer que la stabilité et la coordination binoculaires varient faiblement et, chez certains sujets, en fonction de la fatigue. Elles varient plus largement en rapport avec les caractéristiques individuelles. Quatre figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Réaction psychogène de type schizophrénique apparemment induite. Analyse psychopathologique à la lumière des thèmes existentiels propres au monde magique primitif (Reazione psicogena di tipo schizofrenico apparentemente indotta. Analisi psicopatologica alla luce dei temi esistenziali propri del mondo magico primitivo), par Enzio de Renzi et Enrico Turolla (de Pavie). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 3, août 1956, p. 427-452).

Les termes de suggestion, de crédulité et d'imitation sont souvent employés comme synonymes, alors qu'ils ont des sens différents et servent à désigner des mécanismes psychologiques à ne pas confondre. Les auteurs en proposent des définitions plus précises. Ils individualisent dans la crédulité le facteur psychologique fondamental des folies induites vraies. Il convient de ne pas confondre celles-ci avec les psychoses familiales, ni avec les psychoses réactives, pour lesquelles le traumatisme émotionnel est constitué par l'apparition d'un trouble mental chez une personne aimée. Un cas de ce dernier type est décrit, pour lequel on peut admettre le rôle joué par l'imitation. Dans l'analyse psychopathologique du malade étudié, les auteurs introduisent des points de vue élaborés par un ethnologue italien, E. de Martino, pour résoudre les problèmes du monde primitif. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sclérose latérale amyotrophique et troubles psychiques (Sclerosi laterale amiotrofica e turbe psichiche), par G. M. Corsino et E. Lugaresi (de Bologne). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 4, 1er octobre 1956, p. 870-876).

Deux observations sont rapportées de sclérose latérale amyotrophique accompagnée de troubles mentaux, chez des hommes de 49 et 53 ans. Dans le premier cas, il s'agit d'un syndrome délirant lucide, légèrement systématisé, avec troubles de l'humeur. Les signes neurologiques se manifestent après les troubles psychiques. Dans le second cas, se voit un changement de caractère, qui devient triste, méfiant, inquiet. L'ensemble réalise un tableau de dépression réactionnelle, tendant à la chronicité, avec aboulie, inertie et perte d'initiative. Reprenant l'étude d'ensemble du problème, les auteurs pensent à l'existence d'une tare neuro-psychopathique générale chez de nombreux malades ayant, à la fois, des signes de sclérose latérale amyotrophique et des troubles mentaux. On peut admettre la conception de « famille névropathique » élargissant les rapports entre la dissolution de nature psychique d'une part, et abiotrophie, labilité systématique de l'autre.

V.-J. Durand.

Un cas de syndrome de Cotard. Étude clinique et psychopathologique (Un caso di sindrome di Cotard. Studio clinico e psicopatologico), par Dario DE MARTIS (de Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 3, 1er août 1956, p. 491-514).

L'auteur rapporte une observation de syndrome de Cotard chez une femme de 38 ans. L'évolution s'est faite progressivement vers l'établissement d'un délire de négation, de châtiment, d'immortalité, puis vers une expérience vécue de fin du monde. Dans un stade ultime, a pu être constatée l'apparition de symptômes de type paraphrénique, réalisant la paraphrénie post-mélancolique décrite par Ey. Diverses considérations sont faites à propos de ce cas, l'auteur montrant la valeur pronostique défavorable d'un tel tableau clinique, sa possible évolution vers la paraphrénisation. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Rapports entre caractère prémorbide et gravité de la schizophrénie chronique (Rapporti fra carattere premorboso e gravità della schizofrenia cronica), par Silvio NOBILE. (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 80, fasc. 4, 1er octobre 1956, p. 703-709).

A la suite d'une étude de 122 cas de schizophrénie chronique, dont le début remontait à plus de sept ans, l'auteur a cherché l'existence de rapports entre le caractère prémorbide et la gravité de la maladie. Ces rapports numériques entre extrovertis et introvertis demeurent sensiblement les mêmes que l'on considère tous les cas de schizophrénie en bloc, ou seulement les cas chroniques. L'influence du seul caractère prémorbide, en considérant l'antithèse intro-extrovertis, est faible sur l'évolution finale. Il y a peu de différences entre les deux groupes. Les schizoïdes, au contraire, s'éloignent nettement de la moyenne, leur pronostic étant beaucoup plus mauvais. Dans l'ensemble, les paranoïdes ont un pourcentage d'introvertis plus faible que la moyenne ; c'est l'inverse pour les hébéphréniques et surtout pour les catatoniques. Cela est, jusqu'à un certain point, en rapport avec un critère de gravité. Au point de vue morphologique, c'est la constitution leptosome qui domine, tandis que le type pycnique est rare. Les leptosomes présentent une évolution nettement plus grave que les pycniques. On peut noter le nombre assez bas des cas à constitution pycnique à caractère prémorbide extroverti. Le début aigu est plus fréquent chez les extrovertis, le début lent chez les introvertis. La différence est plus évidente si on considère les leptosomes introvertis. La prédominance de l'évolution phasique chez les extrovertis n'a pas été retrouvée.. Il y a cependant une corrélation entre début aigu et évolution phasique, début lent et décours chronique. Le début aigu n'est pas apparu, d'ailleurs, de bon pronostic final. On peut dire que les cas à début aigu, ou bien se résolvent rapidement, ou amènent un déficit final grave. En conclusion, le caractère prémorbide n'est pas l'élément le plus important de conditionnement de l'évolution finale. La constitution générale et biologique est plus significative. Si le stade terminal de la schizophrénie est conditionné en grande partie par la constitution biopsychique, il ne faut pas attendre une corrélation parfaite entre les éléments constitutionnels et les caractéristiques évolutives. Beaucoup de facteurs exogènes peuvent, d'autre part, modifier la marche de la maladie et son état final.

V.-J. DURAND.

Quelques remarques sur la relation entre la criminalité de profession ou d'habitude et le déséquilibre mental, par le professeur Baan (d'Utrecht). (*L'hygiène mentale,* 45e année, n° 2, 1956, p. 197-221).

Il est habituel de confondre les criminels professionnels et habituels dans un seul groupe. On distingue seulement, parmi eux, les cas amendables de ceux qui ne le sont pas. Le criminel d'habitude simple ne serait qu'un homme faible, désirant le plus souvent abandonner ses tendances criminelles, mais incapable de réussir. Cette conception apparaît à l'auteur trop superficielle et trop simpliste. C'est depuis peu que l'on comprend le déterminisme des actions délictueuses. Les facteurs sociaux, l'importance des rapports enfants-parents ont été mis en évidence. La psychiatrie actuelle a reconnu, d'autre part, que tous les syndromes décrits chez l'anormal mental peuvent être retrouvés chez les sujets considérés comme normaux. La caractéristique essentielle du facteur récidive dans la criminalité professionnelle et habituelle est la répétition et la fréquence. Le malfaiteur professionnel existe peut-être, mais c'est rare. De nombreux facteurs extérieurs peuvent intervenir. Comme l'a montré Grünhut au récent congrès de Londres, il est impossible de rechercher ou de décrire des prototypes de délinquants et de récidivistes, tandis que la recherche scientifique doit se caractériser par un intérêt toujours croissant pour le facteur humain. Certaines notions doivent être révisées. Il ne faut pas admettre trop étroitement les termes d'endogénie, de psychopathie, de débilité mentale qui n'aboutissent qu'à affirmer l'incurabilité. Il en est de même de la conception de la folie morale. Le trait commun des récidivistes est l'impossibilité pour de tels sujets de se sentir responsables de leur rôle dans la société. On retrouve dans le récidivisme un élément compulsif, une rigidité des modèles d'action, la stéréotypie des délits. De nombreuses erreurs dans la procédure policière et judiciaire peuvent contribuer à l'établissement du récidivisme. En Hollande, d'importantes réformes sont en voie de réalisation. L'auteur indique les principes de fonctionnement de la clinique van der Hoeven à Utrecht. Elle est destinée aux sujets âgés de plus de 18 ans, considérés comme des délinquants déséquilibrés. Pour 100 à 120 délinquants, sont prévus cinq psychiatres à temps plein, trois psychologues cliniques à temps plein et un à temps partiel, un sociologue, dix assistantes sociales. Les infirmiers et infirmières sont au nombre de un pour trois ou quatre hospitalisés. L'étude complète des cas est faite grâce à un travail d'équipe très poussé. Les succès d'une tentative thérapeutique apparaissent à l'auteur comme un puissant stimulant pour l'œuvre de prévention du récidivisme.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étiologie, à la pathogénie, au diagnostic et à la thérapeutique de l'hémiplégie chez l'adulte jeune, par C. de Rizio et T. Campanini. (*Note et Revista di Psichiatria,* Pesaro, II, 1, 2, 1956).

Revue générale, enrichie de cas personnels des hémiplégies de l'adulte jeune par hématome intra-cérébral, artérite oblitérante et inflammatoire, angiomes et anévrysme, thrombose de la carotide, ramollissements sans

lésion artérielle visible, cardiopathies, hypotension liquidienne, collapsus et œdème cérébral, thrombo-phlébite puerpérale, embolie gazeuse du pneumothorax ou des manœuvres abortives, encéphalite réactionnelle. Si les méthodes modernes : électro-encéphalographie et artériographie facilitent beaucoup la localisation des lésions, leur étiologie reste le plus souvent mystérieuse et leur traitement décevant.

L. Fromenty.

Sur les caractéristiques bio-chimiques, physico-chimiques et morphologiques du sang ayant traversé des membres atteints de troubles moteurs, par A. Puca et V. D. Catapano. (*Annali de Nevrologia,* Naples, LIX, 5 et 6, 1953).

Les auteurs ont dosé ou dénombré vingt-huit constituants ou constantes du sang, provenant des membres atteints de paralysies centrales ou périphériques.

Ils reconnaissent que ces très longues et difficiles recherches, faites sur un nombre restreint de cas, ne permettent pas de conclusions, mais mériteraient d'être reprises sur un nombre plus grand de malades.

L. Fromenty.

Chronotaraxie thalamique, par E. Spiegel, H. Wycis, C. Orchinik et H. Freed. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 2, août 1956, p. 97).

Sous le nom de chronotaraxie, les auteurs désignent la perte de la notion du temps quand elle constitue le symptôme le plus important. D'après leur matériel, qui porte sur 30 cas de thalamotomie, la chronotaraxie s'observe après les lésions bilatérales des noyaux dorso-médians et antérieur du thalamus ; elle est souvent isolée, parfois combinée à la désorientation. Ce trouble ne dure que quelques jours ou semaines, rarement plus longtemps. Les malades ne peuvent dire la date, la saison, l'année, le jour. Ils ont oublié leur âge, celui de leurs enfants. Ils ne savent pas depuis combien de temps ils sont à l'hôpital ou chez eux. Généralement, le trouble est associé à des défauts de mémoire concernant des faits récents ou anciens. La combinaison avec l'anosognosie ou avec des états émotionnels peut s'observer. Il y a quelquefois contradiction entre le sentiment du temps écoulé et son appréciation obtenue par les processus intellectuels. Cette constatation montre que la perception immédiate de la durée du temps peut être troublée isolément et suggère l'existence d'un sens élémentaire pour l'appréciation du temps. Des circuits variés peuvent participer au mécanisme de l'orientation temporale, particulièrement des connexions entre les noyaux thalamiques dorso-médians et le lobe frontal, entre le noyau thalamique antérieur et les corps mamillaires et peut-être entre le noyau latéral et le lobe pariétal. Il est douteux qu'il existe des connexions entre le noyau antérieur avec la circonvolution cingulaire et le noyau interlaminaire. La multiplicité des circuits explique que des lésions n'intéressant que certains noyaux thalamiques ne se traduisent que par des troubles transitoires de la notion du temps.

L. Marchand.

Les effets pathologiques de l'artériographie cérébrale, par T. Crawford. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 19, n° 3, août 1956, p. 217).

Les lésions résultant de la ponction artérielle ont été notées dans le matériel nécropsique provenant de 75 malades qui sont morts à des intervalles variant de quelques heures à huit mois après l'artériographie cérébrale. Les effets les plus sérieux observés sont la thrombose de la carotide et l'embolie cérébrale. Il n'a pas été possible de préciser la fréquence de ces rares cas malheureux. Ils sont surtout à craindre chez les artérioscléreux âgés hypertendus (huit microphotos).

L. Marchand.

La forme respiratoire de la porphyrie aiguë à propos d'un cas avec quadriplégie et accidents asphyxiques graves. 1° Documents neurologiques, par M. Bonduelle, P. Bouygues et H. Puech ; **2° Documents respiratoires et humoraux,** par P. Mollaret, R. Bastin, M. Goulon, J.J. Pocidalo, M. Rapin et D. Laplane.

Chez une femme âgée de 25 ans, après une cure d'amaigrissement par diurétique mercuriel, apparaissent des phénomènes psychiques, angoisse, délire, agitation, puis des crises convulsives et enfin, 35 jours après les premiers troubles, une quadriplégie flasque de type polynévritique. Les urines rouge foncé contiennent de la coproporphyrine, de l'uroporphyrine ; la réaction du posphobilinogène est positive. Le diagnostic de porphyrie aiguë est confirmé. La quadriplégie est très amyotrophiante et on craint une évolution fatale par des troubles respiratoires avec encombrement bronchique, mais sans le moindre signe bulbaire végétatif. Une trachéotomie et des aspirations répétées ont permis la survie de la malade, qui s'améliore de remarquable façon.

L. Marchand.

La dysphasie paroxystique et le problème de la dominance cérébrale, par H. Hécaen et Malcolm Piercy. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 19, n° 3, août 1956, p. 194).

Etude portant sur 126 cas de dysphasie paroxystique survenant en association d'auras ou d'équivalents épileptiques. Ce trouble survient plus fréquemment chez les gauchers, indépendamment du côté du foyer épileptique. Chez les droitiers, la dysphasie expressive est plus grande chez ceux qui présentent un trouble du côté gauche que chez ceux dont le trouble est du côté droit. La dysphasie réceptive paroxystique est rare, excepté chez les droitiers avec foyer cérébral du côté gauche. Discussion sur les relations entre la dysphasie paroxystique et la dysphasie permanente. Il résulte que la théorie basée sur les différences observées entre les gauchers et les droitiers dans le développement et la nature de la dysphasie survenant en association avec des lésions ou des foyers unilatéraux est juste. Les différences entre les deux groupes reposent sur le degré de spécialisation cérébrale pour le langage suivant la participation bilatérale des deux hémisphères ou d'un seul.

L. Marchand.

Dégénérescence diffuse de la substance blanche du cerveau dans les démences profondes suivant les traumas craniens, par S. J. Strich. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 19, n° 3, août 1956).

Observations de cinq sujets, dont quatre sont âgés de moins de 40 ans et un de 73 ans, qui ont été victimes d'un trauma cranien sans fracture du crâne avec perte immédiate de conscience. Après l'accident, pendant plusieurs heures, la respiration, la pression artérielle, les réflexes papillaires étaient normaux, mais on notait quelques symptômes pyramidaux. Chez trois sujets, apparurent des crises de décérébration sans signes d'hémorragie intra-cranienne ou d'œdème ; ils furent trachéotomisés. Aucun des cinq malades ne récupéra une conscience normale ; tous se présentaient comme des déments atteints d'une quadriplégie plus ou moins spastique. Ils survécurent cinq à quinze mois dans cet état. Au point de vue anatomo-pathologique, on note la dilatation des ventricules, quelques petits foyers de ramollissement et d'hémorragies et une dégénérescence diffuse de la substance blanche avec présence de nombreux corps granuleux. Le cortex cérébral est normal. Le thalamus est atrophié. Les voies descendantes, la commissure antérieure, les faisceaux mamillo-thalamiques, la substance blanche du cervelet, le corps calleux, les pédoncules cérébelleux supérieurs sont lésés. La dégénérescence des fibres nerveuses de la substance blanche n'est pas due à une disparition des cellules du cortex, ni à la lacération de la substance cérébrale. La pathogénie de ces lésions n'est pas déterminée, mais il est évident qu'elles résultent d'une altération physique des fibres nerveuses au moment de l'accident (38 figures comprenant des photomicros et des photographies).

L. Marchand.

Encéphalomacie multiloculaire, par W. Kramer. (*Journal o' neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 19, n° 3, août 1956, p. 209).

La constatation de nombreux kystes de volumes et de formes différentes situés dans les hémisphères d'un nouveau-né est rare. De tels cas peuvent être classés suivant leur morphologie mais leur cause n'est pas toujours la même ; les signes cliniques et les lésions histologiques peuvent différer comme dans les deux cas rapportés. Le premier concerne un enfant d'un an et neuf mois présentant une sclérose familiale dysgénétique et progressive des hémisphères avec formation de cavités. Dans le deuxième, il s'agit d'une fille âgée de huit ans et neuf mois ; la sclérose des hémisphères n'est pas progressive, elle est dysgénétique, d'origine toxique, et comprend des formations kystiques (onze photomicros).

L. Marchand.

La composante vasculaire dans les tumeurs cérébrales (La componente vascolare nei tumori cerebrali), par V. Floris et A. Marra (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 10e année, vol. 18, fasc. 2, avril 1956, p. 387-432).

Après une importante revue de la littérature, les auteurs décrivent dix cas de tumeurs cérébrales (neuf gliomes et un méningiome), choisis dans une

série de 300 cas, pour leur riche participation vasculaire. Ils mettent en discussion l'existence de la participation prolifération primaire des vaisseaux. Rappelant et discutant les différentes opinions émises antérieurement et se basant sur leurs observations, ils arrivent à la conclusion, basée également sur les analyses de tumeurs métastatiques et des inflammations chroniques, qu'il n'est pas logique de séparer des divers types de gliomes et de paragliomes déjà connus, des formes nouvelles angioplastiques. Il n'apparaît pas justifié non plus, au point de vue anatomique et radiologique, de constituer des groupes particuliers de tumeurs malignes mixtes, angiogliomes, angiogliosarcomes, angiosarcomes. La participation vasculaire dans les gliomes et les paragliomes est très variable suivant les cas et les différents points de chaque tumeur. Il faut citer toutefois des aspects vasculaires généraux et particuliers qui peuvent être considérés comme indicatifs de certains types de gliomes. Trente-huit figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Trois cas de sclérose combinée Friedreich-Marie chez trois sœurs. Étude clinique, généalogique, biologique, radiologique et électro-encéphalographique (Tre casi di sclerosi combinate Friedreich-Marie in tre sorelle. Studio clinico, genealogico, biologico, radiologico ed elettroencefalografico), par G. M. Ucchedder (de Cagliari). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 10e année, vol. 18, fasc. 2, avril 1956, p. 443-474).

L'auteur rapporte trois cas d'hérédo-dégénérescence spino-cérébelleuse chez trois sœurs. Il en fait une étude généalogique, clinique, biologique, radiologique et électro-encéphalographique. Il ne peut mettre en évidence le caractère héréditaire de la maladie, s'arrêtant seulement à son aspect familial. Un fait digne d'être noté est l'existence d'une symptomatologie mixte ataxo-cérébelleuse dont la date d'apparition a coïncidé avec le début de la menstruation. L'examen radiologique du crâne et de la colonne vertébrale a été négatif. Quant à l'électro-encéphalogramme il a montré, dans le troisième cas, un rythme dominant alpha à 10 c./s. de moyenne amplitude, dans toutes les dérivations, avec quelques ondes à 7 c./s. de 50 à 100 microvolts dans les régions centrales et antérieures et quelques pointes occipitales. Une étude comparée est faite avec les données de la littérature. Seize figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Hernie du disque cervical (Ernia del disco cervicale), par Riccardo Brizzi. (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 2, fasc. 3, juillet-septembre 1956, p. 301-338).

Les hernies discales de la région cervicale sont connues depuis relativement peu de temps. La plus grande partie des cas de compression médullaire de siège cervical correspondrait classiquement à une lésion tumorale, surtout par chondromes. Dandy et Peet, ainsi qu'Echols, pensent qu'il s'agit de disques intervertébraux herniés avec symptômes neurologiques. Sur 62 malades opérés pour des syndromes dus à des discopathies cervicales et observés à Philadelphie au Graduate Hospital, 25 % n'avaient pas subi de traumatismes, ni effectué de lourds travaux. Ces malades, plus jeunes que les autres, représentent un groupe pour lequel l'étiologie dégénérative de la hernie discale

peut être invoquée. Le jeune âge, au-dessous de vingt ans, porterait presque toujours à exclure la hernie discale à moins qu'il ne s'agisse de rares cas d'origine traumatique. Le diagnostic précoce peut être basé sur la douleur, la rigidité d'un groupe de muscles du cou, la diminution d'un réflexe. La distribution de la douleur ou des hypoesthésies le long des territoires d'innervation radiculaire ne doit pas être attendue dans les phases précoces. Même dans les phases tardives, elle peut manquer. Les hyporéflexies sont fréquentes, nettement plus que les signes d'asthénie. On peut distinguer quatre formes principales : une à marche lente avec douleur et aggravation très légère des symptômes, mais signes radiologiques positifs (10 % des cas) ; une autre à évolution prolongée, mais avec apparition de syndrome plus net de lésion du neurone périphérique (10 % des cas) ; le troisième à marche rapide, d'origine traumatique, avec une symptomatologie grave (5 % des cas) ; enfin, la quatrième avec troubles subjectifs accentués, douleurs et rigidité musculaire, tandis que les lésions périphériques sont minimes. Les hernies de la ligne médiane sont caractérisées par des signes de compression médullaire, sans douleurs radiculaires, une évolution plus longue et un pronostic plutôt sérieux (proportionnellement aux troubles pyramidaux et à l'atrophie). Ces hernies sont plus fréquentes dans l'intervalle C 5-C 6. Elles sont rarement d'origine traumatique. Le syndrome neurologique le plus fréquent traduit l'atteinte des voies pyramidales, avec spasticité très marquée, plus grave que les parésies, troubles sphinctériens rares, paresthésies. L'examen radiographique et la myélographie permettent un diagnostic exact dans 87 % des cas. L'intervention est efficace dans les hernies discales latérales ; elle est parfois vouée à l'échec dans les hernies médianes, pouvant même déterminer des accidents post-opératoires graves. L'ablation totale du disque hernié ne doit jamais être tentée. Sur 62 opérés, l'auteur a déploré deux décès. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Signalisation d'un état de mal électrique dans un cas de neurosyphilis (Segnalazione di uno stato di male elettrico in un caso di neurolue), par Pietro Sarteschi et Renzo Ardito (de Pise). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 2, fasc. 3, juillet-septembre 1956, p. 405-413).

On peut rencontrer dans la neurosyphilis, assez fréquemment, des tracés électro-encéphalographiques anormaux, mais non pathognomoniques. On a signalé des cas avec ondes lentes prédominant dans certaines aires, surtout frontales et centrales. Les auteurs décrivent une observation d'un malade de 47 ans, avec crises convulsives généralisées à début partiel, accompagnées d'aphasie, de légère hémiparésie droite, de torpeur psychique. A l'examen électro-encéphalographique, apparaissent des anomalies à caractère irritatif, localisées sur les régions postérieures gauches, pouvant justifier la dénomination d'état de mal électrique. Contrairement à l'orientation clinique et électro-encéphalographique, qui pouvait faire suspecter l'éventualité d'un processus néoplasique, la négativité de la carotidographie et la positivité de l'examen du liquide céphalo-rachidien conduisirent au diagnostic de neurosyphilis. Quelques considérations sont faites sur les mécanismes de production du tableau électro-encéphalographique. Quatre figures.

V.-J. Durand.

Crises psychomotrices et foyer électro-encéphalographique temporal dans le cours d'une hypoglycémie spontanée par adénome insulaire du pancréas (Crisi psicomotorie e focus E.E.G. temporale nel corso di una ipoglicemia spontanea da adenome insulare del pancreas), par Alfredo Rivolta et Mirko Carreras (de Turin et Parme). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 2, fasc. 3, juillet-septembre 1956, p. 467-481).

Un cas d'hypoglycémie spontanée par adénome insulaire du pancréas chez une jeune femme de 23 ans se montre intéressant par les caractères cliniques et les données électro-encéphalographiques (pointes lentes de grande amplitude dans la région temporale gauche). Cette observation permet de confirmer la conception que les effets de l'hypoglycémie peuvent se répercuter plus intensément au niveau des structures du lobe temporal ou en déterminant des altérations dont le caractère réversible est conditionné par la gravité et la durée de l'hypoglycémie elle-même. L'opération amena la guérison. Tracés électro-encéphalographiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Syndromes médullaires par cyphoscoliose. Revue de la littérature et contribution casuistique (Sindromi midollari da cifoscoliosi. Rassegna della letteratura e contributo casistico), par Alberto Muratorio (de Pise). (*Rivista di Neurobiologia*, vol. 2, fasc. 3, juillet-septembre 1956, p. 441-466).

Une révision de la littérature concernant les syndromes médullaires par cyphoscoliose : elle groupe 110 observations. L'auteur fait entrer dans celles-ci les cas avec cyphoscoliose dans lesquels, après ou en même temps que l'apparition de déformations vertébrales, débutent les signes médullaires et dans lesquels des examens soigneux cliniques, radiologiques et de laboratoire, ainsi que des contrôles chirurgicaux ou nécropsiques, permettent d'exclure d'autres causes que les déformations rachidiennes. Pour désigner ces manifestations cliniques, il préfère le nom de syndromes médullaires par cyphoscoliose à celui de paraplégie cyphoscoliotique. Se basant sur les observations citées, une étude est faite : historique, étiologique, anatomique, clinique, diagnostique, pathogénique et thérapeutique. Graphiques. Figures. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Physiopathologie de l'apoplexie cérébrale (Fisiopatologia de la apoplejia cerebral), par S. D. Roedenbeck (de Lima). (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 4, décembre 1955, p. 419-440).

On peut considérer l'apoplexie cérébrale comme le point culminant d'un trouble de la circulation encéphalique. A son origine se présentent des facteurs intracérébraux et extracérébraux, fonctionnels et organiques, pouvant intervenir avec des mécanismes d'action différents selon les circonstances et les personnes, ce qui donne une grande individualité à chaque cas. Sa pathogénie se confond pratiquement avec celle des deux affections vasculaires les plus fréquentes (l'hémorragie et le ramollissement), auxquelles il est possible d'ajouter l'œdème et l'apoplexie *sine materia*. L'auteur étudie successivement les troubles vasculaires fonctionnels et organiques, les lésions parenchymateuses et l'importance des troubles hémodynamiques, puis il

essaye d'envisager de façon synthétique les mécanismes qui sont à l'origine de l'hémorragie massive, du ramollissement anémique, du ramollissement hémorragique, de l'œdème hémodynamique. Il signale l'énorme importance clinique des troubles fonctionnels et principalement de la stase sanguine, le rôle adjuvant de l'insuffisance cardiaque, de l'hypertension et de l'hypotension artérielle, de l'hypotension veineuse, des lésions organiques vasculaires (embolie, artériosclérose, hyalinose, thrombophlébite, phlébothrombose). En conclusion, il montre qu'il n'est pas possible d'attribuer l'apoplexie cérébrale à une seule cause, ni d'établir un dénominateur commun, car les multiples facteurs qui interviennent obligent à étudier une pathogénie différente dans chaque forme d'apoplexie. Quatre figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

État actuel des recherches sur la sclérose multiple (Stato attuale delle ricerche sulla sclerosi multipla), par Hans Hoff (de Vienne). (*Rivista di neurologia,* vol. 26, fasc. 3, mai-juin 1956, p. 237-264).

Après avoir résumé les conceptions étiopathogéniques les plus importantes émises à propos de la sclérose en plaques, l'auteur expose les résultats de recherches effectuées par ses collaborateurs. La description des structures histologiques particulières du tronc cérébral observées au microscope électronique permet de discuter l'étiologie paratuberculeuse de la maladie. Les bons résultats thérapeutiques obtenus avec l'hydrazide de l'acide isonicotinique et avec l'hyproniazide sont exposés et analysés. Dans l'ensemble, donc, il apparaît que la sclérose en plaques doit être classée dans le vaste groupe des maladies par auto-immunité. Cela doit laisser espérer d'importantes conséquences dans les domaines théoriques et thérapeutiques. Douze figures.

V.-J. Durand.

L'épilepsie dans les tumeurs cérébrales. Considérations sur 839 cas (L'epilessia nei tumori cerebrali. Considerazioni su 839 casi), par Corrado Cecotto, Sergio Briani et Piero Frugoni (de Padoue). (*Rivista di neurologia,* vol. 26, fasc. 3, mai-juin 1956, p. 277-294).

De l'étude de 839 tumeurs cérébrales (644 supra-tentorielles, 195 sous-tentorielles), il apparaît que seules les néofomations à siège supra-tentoriel donnent lieu à des manifestations épileptiques avec un pourcentage de 38,1 % des tumeurs cérébrales en général et de 46,5 % des tumeurs sus-tentorielles. Les tumeurs épileptiques sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de trois à deux ; l'âge le plus frappé est de 40 à 60 ans. Ces données correspondent à celles relatives aux tumeurs cérébrales en général et confirment le rapport direct existant entre manifestation épileptique et présence de la lésion expansive. Les tumeurs à siège frontal et temporal sont les plus épileptogènes, avec une légère prévalence des tumeurs frontales. Ensuite, viennent les tumeurs pariétales, enfin celles des sièges médian et paramédian. Il n'a pas été observé de prédominance d'après le côté. De même, il ne semble pas y avoir de rapport évident entre le type des lésions expansives et leur capacité épileptogène, ni entre néoplasies

bénignes et malignes en considérant comme malignes toutes les variétés histologiques de gliome. Les crises focales sont les plus fréquentes (57,6 % des cas). Puis viennent successivement les crises généralisées (26 %), les crises temporales (13 %) et enfin les crises végétatives pures ou à caractère souvent végétatif (1,3 %). La valeur localisatrice de ces crises est apparue véritablement élevée pour ce qui concerne les crises temporales et focales et, parmi ces dernières, les clonies, les crises uncinées et les crises visuelles. Dans l'épilepsie tumorale, on observe la plus grande partie des divers types de manifestations paroxystiques, soit chez les différents malades, soit chez le même malade au cours de l'évolution de l'affection. Il faut noter cependant que, dans la plupart des cas, se montre un type prédominant de crises qui se répète de préférence. L'intervention chirurgicale, suivie de l'ablation de la tumeur, amène généralement la disparition des crises dans les formes bénignes ou bien circonscrites (abcès, méningiomes, métastases, etc.). Au contraire, dans les gliomes, on n'obtient par l'opération qu'une faible proportion de guérisons des crises. Ceci est sans doute lié à la presque constante impossibilité d'obtenir une exérèse totale de la lésion épileptogène et peut-être à la rapide récidive de quelques-unes de ces lésions. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Agénésie du septum lucidum avec malformation du tractus optique. La dysplasie septo-optique, par G. de Morsier (de Genève). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 267-292).

L'auteur rapporte un cas anatomo-clinique, chez une malade de 84 ans, d'agénésie du septum lucidum avec malformation associée du plancher du III[e] ventricule et du tractus optique gauche. Puis est décrit un autre cas clinique révélé par l'encéphalographie gazeuse. A ce propos, sont passées en revue les observations antérieures, soit avec vérification anatomique, soit avec examen encéphalographique. Le rôle morphologique du septum lucidum est d'abord de séparer les deux ventricules latéraux et aussi de faire adhérer le fornix au corps calleux. Si le septum lucidum fait défaut, le fornix n'adhère pas au corps calleux et se trouve séparé de lui par toute la hauteur du ventricule unique généralement agrandi (ventricule télencéphalique). La malformation optique peut être unilatérale ou bilatérale. Dans le premier cas, elle siège à gauche. Le dépouillement des observations recueillies dans la littérature montre qu'il existe une corrélation entre l'agénésie du corps calleux et la dysplasie optique. La malformation d'ensemble mérite d'être appelée dysplasie septo-optique. Elle s'accompagne fréquemment d'autres malformations de la série dysplasique. Tableaux des cas de la littérature. Dix-sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Étude anatomo-clinique d'un cas de toxoplasmose infantile, par J. Bernier, M. Brihaye van Geertruyden, P. Danis et R. Parmentier (de Bruxelles). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 353-362).

Un cas de toxoplasmose congénitale est rapporté chez un enfant de six mois, avec lésions de chorio-rétinite, hydrocéphalie et réactions sériques

positives (réactions de flocculation de Sabin et Feldmann). L'examen histologique a montré la présence de parasites dans le cerveau et dans les capsules surrénales. La mère de l'enfant avait des réactions sériques positives, ce qui fit conclure à l'origine congénitale de la toxoplasmose. Cinq figures. Index bibliographique.

V.-J. Durand.

Sclérose ammonique et épilepsie. Étude anatomo-pathologique et statistique, par F. Morel et E. Wildi (de Genève). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 76, 1955, fasc. 1-2, p. 348-360).

Les auteurs ont examiné une série de 351 cas d'épilepsie, au point de vue anatomo-clinique, parmi des malades décédés à tout âge, mais plus spécialement dans la vieillesse, à la clinique psychiatrique de Bel-Air. Pour chacun de ces cas, l'étude a porté sur une moyenne de plus de 15 préparations histopathologiques d'écorce hippocampo-ammonienne, soit un total d'environ 5.000 préparations. Toutes celles-ci proviennent du tiers moyen de la corne d'Ammon de l'hémisphère cérébral gauche. Chacune contient la totalité des aires allo-corticales ammoniennes, plus une bande d'isocortex hippocampique aussi étendue que les autres réunies. Les techniques de coloration ont été les méthodes de Nissl, de van Gieson, de Masson au safran, et une imprégnation argentique modifiée de Globus. Etudiant le problème de la sclérose ammonienne dans l'épilepsie, les auteurs, se basant sur les résultats de leurs recherches, concluent que le rôle attribué par certains à l'épilepsie dans la genèse de la sclérose ammonienne est très secondaire ou même inexistant. La pathogénie de cette lésion cicatricielle reste complexe. L'angiospasme provoque plus facilement des zones de nécrose neuronale dans l'allocortex que dans l'isocortex temporal, à cause de conditions angio-architectoniques prédisposantes. A l'intérieur de la zone angio-architectoniquement prédisposée, il faut incriminer également les degrés de vulnérabilité que présentent les différentes aires. Des facteurs comme l'hypertension et l'artériosclérose de la convexité hémisphérique s'ajoutent à ces conditions locales. Treize figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Névrite hypertrophique progressive (Neuritis hipertrofica progressiva), par César Castedo et Manuel E. Hermida. (*Acta neuropsiquiátrica argentina,* vol. 2, n° 2, avril-juin 1956, p. 169-174).

Les auteurs décrivent deux cas de névrite hypertrophique progressive observés chez le père et la fille. Le premier commença à l'adolescence, avec atteinte comme dans une polynévrite et hypertrophie des nerfs accessibles (spécialement du cubital). Par rapport aux descriptions originales de Déjerine et Sottas, manquaient seulement : l'ataxie, la cypho-scoliose et le nystagmus. Le second cas présentait un type moteur tel que ceux décrits par Long : pied creux bilatéral, atrophie des mains avec hypertrophie modérée des nerfs cubitaux. Au point de vue électrique, il y avait, chez les deux malades, réaction de dégénérescence au niveau des mains et des pieds. Les recherches neuropathologiques faites sur les nerfs cubitaux du premier malade ont montré une grande prolifération de glie périphérique et du tissu endoneural

avec altération régressive des axones. Dans le tissu musculaire, se voyaient des lésions dégénératives avec nécrobiose et prolifération du mésenchyme. Quatre figures. Bibliographie. V.-J. Durand.

Camptocormie dans le Parkinson post-encéphalitique (Camptocormia en el Parkinson postencefalitico), par Diego L. Outes. (*Acta neuropsiquiátrica argentina,* vol. 2, n° 2, avril-juin 1956, p. 179-185).

A côté de la camptocormie hystérique ou fonctionnelle, il faut placer la camptocormie organique, qui obéit à une cause bien définie. Entre ces deux types, la camptocormie provoquée par la maladie de Parkinson post-encéphalitique ne doit pas être méconnue. L'auteur en présente une observation chez un malade de 50 ans avec début à 26 ans. On sait que la physiopathogénie du syndrome consiste en une hypertonie des muscles axiaux du corps et surtout des muscles fléchisseurs du rachis. L'auteur pense que la cause intime est une pathologie systématique particulière des noyaux du locus niger. Hassler, Hallervorden et Spatz ont étudié la systématisation de la substance noire. Ceci pourrait expliquer les mécanismes de production de la camptocormie parkinsonienne. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

ENDOCRINOLOGIE

La calcification de la glande pinéale chez les malades mentaux. Contribution radio-clinique, par N. Macarini et C. Modonési. (*Neuropsichiatria,* Gênes, XII, 2, 1956).

Revue générale de la question. Les auteurs résument d'abord les notions acquises depuis cinquante ans sur les fonctions de l'épiphyse, soit par l'étude anatomo-clinique des pinéalomes, soit par la pinéalectomie expérimentale, soit par l'administration d'extraits glandulaires. Malgré les résultats très contradictoires de ces travaux, on admet généralement que l'épiphyse conjuguée à l'épithalamus joue un rôle de balancement avec l'hypophyse conjuguée à l'hypothalamus.

Les auteurs donnent ensuite les résultats de leurs recherches personnelles sur la calcification de l'épiphyse chez 103 de leurs malades.

Ils ont constaté qu'il n'existait pas plus de calcifications chez les psychopathes que chez les sujets sains d'esprit, que ces calcifications ne paraissaient pas avoir influé sur la sphère sexuelle de ces sujets. Les calcifications ont été trouvées surtout chez des P.G.P. et des alcooliques. Enfin, la calcémie a été trouvée augmentée dans les cas de calcification de la glande pinéale.

L. Fromenty.

De l'emploi de la vitamine A dans le traitement des mastoses, par P. Brocq, C. Stora, L. Bernheim. (*Annales d'endocrinologie,* t. 17, n° 2, juillet 1956).

Les auteurs administrent de la vitamine A sous forme de capsules renfermant 50.000 U.I. de vitamine A par capsule à raison de une capsule par

jour pendant deux mois sans interruption à des malades présentant une maladie de Reclus ; aux termes des deux mois de traitement, la glande mammaire était devenue insensible à l'action de la folliculine, et la masse kystique avait régressé considérablement, faisant place à un petit noyau dur, et ce, quel que soit l'état endocrinien de la malade. Cette amélioration se maintient pendant plusieurs mois, alors que les malades, ayant reçu un traitement hormonal approprié, voient leurs troubles se reproduire rapidement dès qu'on arrête le traitement.

La vitamine A n'agit pas en modifiant les sécrétions hormonales ; elle semble agir à l'autre bout de la chaîne, en modifiant la sensibilité des récepteurs.

P. Abély.

Modifications cortico-surrénales à la suite des lésions cérébrales, par A. Soulairac, J. Giabicani-Teysseyre et M.-L. Soulairac. (*Annales d'endocrinologie*, t. 17, n° 2, juillet 1956).

Les auteurs montrent que les lésions de structures supérieures du système nerveux central (cortex et sous-cortex) provoquent des modifications très importantes dans les structures histologiques du cortex surrénal, dont la variabilité permet de ne pas attribuer leur origine au stress banal.

P. Abély.

Étude de l'élimination des corticoïdes urinaires au cours des états de fatigue chronique, par M. Albeaux-Fernet, P. Bugard et J.-D. Romain, (*Annales d'endocrinologie*, t. 17, n° 2, juillet 1956).

Chez 40 sujets présentant une asthénie chronique de cause variable (fatigue industrielle, anciens déportés, sujets soumis à des situations conflictuelles), il existe dans les urines un accroissement relatif des corticoïdes C 27-17-désoxy. (type corticostérone), par rapport aux corticoïdes C 27-17-hydroxy. (type hydrocortisone) traduisant une altération des mécanismes enzymatiques de la 17-hydroxylation au niveau de la surrénale.

L'étude des éliminations des corticoïdes urinaires dans 36 cas d'asthénie chronique, dans les conditions basales et, pour 11 d'entre eux, sous stimulation par l'A.C.T.H., a permis les constatations suivantes :

1° Il existe, dans tous les cas d'asthénie chronique, une diminution de l'excrétion urinaire des 17-cétostéroïdes et des 17-hydroxycorticoïdes. Cette diminution est d'intensité moyenne et n'atteint pas celles que l'on retrouve dans l'insuffisance cortico-surrénale lésionnelle.

2° Il existe un accroissement relatif des corticoïdes C 21-17-désoxy. par rapport aux corticoïdes C 21-17-hydroxy, traduisant une altération des mécanismes enzymatiques de la 17-hydroxylation au niveau de la surrénale de ces sujets.

3° Cette altération des mécanismes de la biosynthèse des hormones corticales paraît entraîner une sécrétion de corticostérone, accrue de ce rapport aux sujets normaux. La présence de quantités accrues de ce corticoïde dans la sécrétion corticale, à la place de l'hydrocortisone, pourrait expliquer, du fait de ses propriétés glycocorticoïdes atténuées, les troubles qui accompagnent l'asthénie chronique.

4° La stimulation de la surrénale de ces sujets par l'A.C.T.H. n'entraîne qu'une faible augmentation des 17-cétostéroïdes et des corticoïdes. En outre, cette stimulation par l'A.C.T.H. accentue la dissociation entre les corticoïdes 17-hydroxy. et les corticoïdes 17-désoxy.

5° En conséquence, il existe, au cours de la fatigue chronique, un état d'insuffisance cortico-surrénale relative et fonctionnelle, relevant d'un déficit des mécanismes de la 17-hydroxylation.

P. Abély.

La détermination des 17-hydroxycorticostéroïdes globaux dans l'urine et son application clinique, par D.A.V.M. Lampe-Hintzen et L.G. Huis In't Veld. (*Annales d'endocrinologie,* t. 17, n° 2, juillet 1956).

Le diagnostic différentiel, syndrome adrénogénital ou syndrome de Cushing, ne saurait se faire exclusivement au moyen de la détermination de 17-hydroxycorticostéroïdes globaux. En cas d'un résultat non définitivement anormal de la détermination des 17,21-dihydroxy-20-cétostéroïdes, la détermination des 17-hydroxycorticostéroïdes globaux peut être utile au diagnostic du syndrome de Cushing en tant que supplément. Pour le syndrome adrénogénital, la détermination des 17-cétostéroïdes est à préférer de bien loin à la détermination des 17-hydroxycorticostéroïdes globaux pour le diagnostic et l'exécution du test de Jailler C.S.

Pour une hypofonction de la glande surrénale, la détermination des 17-hydroxycorticostéroïdes peut donner un résultat normal, raison pour laquelle les auteurs préfèrent en pareils cas la détermination des 17,21-dihydroxy-20-cétostéroïdes et les 17-cétostéroïdes.

La présente recherche a été faite pour vérifier si la détermination de la teneur en 17-hydroxycorticostéroïdes globaux, d'après Noremberski C.S., peut remplacer tout à fait la détermination des 17,21-dihydroxy-20-cétostéroïdes selon Reddy C.S. Actuellement, les auteurs sont en état de donner à cette question une réponse négative. Pour la clinique, la détermination des 17-hydroxycorticostéroïdes globaux n'a qu'une valeur restreinte, vu les résultats sus-mentionnés, c'est-à-dire une valeur plus restreinte que la détermination des 17,21-dihydroxy-20-cétostéroïdes selon Reddy C.S.

P. Abély.

Le facteur exophtalmogène du sérum, sa détermination et utilité pratique, par José M. Canadell et Joaquin Barraquer. (*Annales d'endocrinologie,* t. 17, n° 3, août 1956).

Dans le sérum de quelques sujets souffrant de la maladie de Graves-Basedow, myxœdème post-opératoire et ophtalmoplégique hypophysaire, il y a un facteur capable de provoquer l'exophtalmie chez le *Carassius auratus* var. *japonicus.* On injecte à ces poissons le sérum de malades récemment obtenu, à la dose de 0,25 cm³ et à intervalles réguliers de six heures. Quand le sérum a une activité exophtalmogène, les yeux des poissons commencent à faire protrusion de la 4e à la 8e injection. Ce facteur exophtalmogène du sérum est probablement identique à l'hormone thyrotrophique.

Les auteurs présentent quelques cas cliniques, dans lesquels cette épreuve a donné des résultats de grand intérêt pour le diagnostic et le traitement.

P. Abély.

Les troubles de l'ovulation chez l'européenne en climat tropical. Leur thérapeutique, spécialement par la radiothérapie hypophyso-ovarienne, par J. Lambillon, G. Drumel, P. Gorecki et P. van Meerbeeck. (*Annales d'endocrinologie,* t. 17, n° 3, août 1956). Société belge d'endocrinologie, séance du 22 juillet 1956. Présidence : Et. Wolf.

Les observations faites pendant plus de quinze ans chez des Européennes résidant au Congo belge semblent prouver que le climat tropical favorise, sinon détermine l'apparition relativement fréquente d'une insuffisance hypophyso-ovarienne importante, susceptible d'être compensée par l'injection de gonadotrophines sériques et chorioniques.

Admettant que cette insuffisance est d'origine climatérique et non essentielle, la radiothérapie hypophyso-ovarienne suivant Kaplan doit apporter des améliorations remarquables, si elle est logiquement active.

Cette déduction théorique paraît bien trouver sa preuve dans les observations que rapportent les auteurs. Sans aucun doute, ces observations ne sont pas suffisamment nombreuses pour permettre des conclusions définitives. Mais elles suffisent à calmer les appréhensions de certains. En tout état de cause, la radiothérapie hypophyso-ovarienne appliquée suivant la méthode de Kaplan doit être considérée comme une précieuse ressource pour le gynécologue pratiquant en Afrique centrale.

P. Abély.

L'action de la gonadotrophine chorionique dans l'asthme infantile, par J. Lambillon et F. Périn. (*Annales d'endocrinologie,* t. 17, n° 3, août 1956). Société belge d'endocrinologie.

La thérapeutique par la gonadotrophine chorionique mérite un essai sérieux dans le traitement de cette affection pénible, aux conséquences parfois fâcheuses pour l'avenir de l'enfant (bronchiectasies), traitement pour lequel nos ressources thérapeutiques sont encore limitées autant qu'empiriques. Et cela d'autant plus que la gonadotrophine chorionique paraît non seulement inoffensive mais favorable au développement général de l'enfant.

P. Abély.

La courbe d'I^{131} des enfants normaux, par P. Gali Zara et Gilbert-Dreyfus (*Annales d'endocrinologie,* t. 17, n° 3, août 1956).

D'une étude de 45 enfants de 4 à 15 ans (25 filles et 20 garçons) testés avec une dose d'I^{131} de 25 à 50 microcuries, à une distance de 40 cm., il ressort que la fixation d'I^{131} varie avec l'âge et la taille, peut-être avec le sexe.

1° Physiologiquement, une période d'hyperactivité thyroïdienne semble s'étendre sur une période de cinq ans, allant de 9-10 ans à 14-15 ans. Elle se traduit sur la courbe de fixation thyroïdienne par une captation supérieure ou égale à 50 %.

2° Au-dessous de cet âge, la fixation maximale ne dépasse pas 35 à 45 %. Au-dessus, elle se rapproche graduellement de celle considérée comme normale chez l'adulte.

3° Ainsi, une courbe à 25 % normale chez l'adulte semble témoigner chez l'enfant d'un certain degré d'inertie thyroïdienne.

P. Abély.

L'exploration de la fonction lutéinique au cours du cycle menstruel (exploration cyto-hormonale et élimination urinaire de prégnandiol), par France Moricard. (*Presse médicale,* 20 octobre 1956).

Il n'existe pas de signes permettant d'affirmer l'existence de l'ovulation au moment où elle se produit, il y a seulement des signes de très grande probabilité. La formation récente du corps jaune succède habituellement à l'ovulation.

Au cours du cycle menstruel, dans certaines stérilités, la comparaison d'un seul dosage de prégnandiol et d'une seule biopsie endo-utérine a donné en général des résultats très concordants. On peut présumer de la formation récente d'un corps jaune fonctionnel en se basant sur l'existence d'une charge massive en glycogène de la muqueuse utérine associée, à une élimination de prégnandiol supérieure ou égale à 1 mgr. Les critères essentiels de l'exploration cyto-hormonale sont des modifications conjonctives caractérisées par la formation des artérioles spiralées et des épines conjonctives réticulaires.

Quand les critères conjonctifs sont présents, la biopsie démontre sûrement l'existence d'une action équilibrée folliculo-lutéinique. Les biopsies peuvent renseigner sur l'action folliculinique (insuffisance ou surcharge), elles permettent de comprendre la faible quantité d'élimination pré-menstruelle du prégnandiol, qui est probablement liée à la chute normale de la sécrétion progestinique du corps jaune précédant la menstruation, alors que les critères conjonctifs (artérioles et épines) sont présents dans le chorion.

La biopsie utérine est nécessaire, et plus démonstrative que le dosage de prégnandiol dans l'exploration de la fonction lutéinique.

P. Abély.

De la physiopathologie et du traitement des cryptorchidies, par A. Jung. J. Comsa. (*Presse médicale,* 1er décembre 1956).

1° Dans le type « Ancel et Bouin ». — Les expériences de ces auteurs ont montré que dans le testicule mis expérimentalement en ectopie, la lignée séminale s'atrophie, l'interstitielle persiste. En clinique, ce type est caractérisé par la seule présence de la cryptorchidie ; les caractères sexuels secondaires sont présents : le couplage hypophyso-gonade est normal ; les stéroïdes sont normaux dans les urines. Le traitement exige en principe l'abaissement chirurgical des testicules.

2° Le type « complexe » ou infantile habituel est caractérisé, non seulement par la présence de la cryptorchidie, mais encore par une déficience plus ou moins marquée des caractères sexuels secondaires, ou une ébauche de déficience de ses caractères. L'absence du cheminement est le résultat d'un trouble hormonal complexe. Les stéroïdes sont diminuées. Le traitement sera d'abord un traitement hormonal hypophysaire ; ce sera un « traitement de substitution (injections d'hormones gonadotropes) », mais ce pourrait encore être un « traitement d'activation » (sympathectomie péricarotidienne, dont l'effet est montré dans l'observation 1, ou peut-être une série d'infiltrations

sympathiques cervicales). L'abaissement chirurgical n'est envisagé qu'en cas d'échec du traitement hormonal.

Accessoirement, la question de la cryptorchidie avec hyperplasie virilisante de la cortico-surrénale est soulevée. Elle exigerait un traitement par la cortisone.

P. Abély.

THÉRAPEUTIQUE

Psychothérapie et ataraxiques. Quelques observations sur la psychothérapie combinée au traitement par la chlorpromazine (Psychotherapy and ataraxics. Some observations on combined psychotherapy and chlorpromazine therapy), par Stanley Lesse (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 10, n° 3, juillet 1956, p. 448-459).

L'auteur montre l'intérêt d'associer à la psychothérapie l'emploi de la chlorpromazine. Celle-ci apaise l'anxiété, calme les réactions du sujet, permettant parfois d'instituer un traitement psychothérapique qui, sans elle, ne serait pas possible. La chlorpromazine facilite les réactions de transfert, augmente souvent la production des rêves, agit favorablement sur les symptômes cliniques, diminue l'anxiété. Cependant, l'auteur montre le danger qui peut venir chez certains déprimés de la persistance des idées de suicide malgré une amélioration apparente. Les effets secondaires du médicament peuvent retentir de façon variée (défavorable ou non) sur le traitement. Dans l'ensemble, la combinaison de la chlorpromazine et de la psychothérapie se montre utile, si les indications sont bien posées.

V.-J. Durand.

Chlorpromazine (thorazine) dans la pratique de ville (Chlorpromazine (thorazine) in office practice), par Alfred Bronner (de Passaïc). (*American journal of psychotherapy*, vol. 10, n° 3, juillet 1956, p. 460-466).

L'auteur passe en revue quelques conditions d'emploi de la chlorpromazine dans la pratique médicale de ville. Le médicament présente des avantages certains : sa plus grande efficacité que les autres produits (sauf dans de très rares cas), la possibilité de faciliter la psychothérapie en apaisant les symptômes les plus pénibles, une action parfois suffisante pour s'abstenir de traitement de choc ou d'hospitalisation du malade. Il y a cependant quelques inconvénients : la chlorpromazine ne constitue pas un traitement étiologique ; c'est seulement un sédatif très efficace. D'autre part, la survenue possible de réactions secondaires, la toxicité parfois des produits rendent nécessaire la surveillance pendant la cure. Plusieurs modalités de traitement sont évoquées.

V.-J. Durand.

La chlorpromazine dans la pratique rhumatologique (La clorpromazina nella pratica reumatologica), par Ferruccio Antonelli et Ugo Casantini (de Rome). (*Medicina psicosomatica*, Rome, vol. 1, n° 1, janvier-mars 1956, p. 37-61).

Après avoir rappelé la participation habituelle du psychisme dans la genèse ou, au moins, dans l'évolution de tout le syndrome rhumatismal, les

auteurs envisagent les fondements anatomiques de la transmission des stimulations algogènes, l'influence névrotisante de la douleur dans les divers processus rhumatismaux, l'action ganglioplégique, analgésique, sédative, de la chlorpromazine et son effet sur le psychisme et la perception douloureuse. Puis ils considèrent les résultats encourageants obtenus par la narcothérapie avec des ganglioplégiques dans certaines formes de rhumatisme associée à des facteurs psychiques évidents. Il y a une excellente action sur la cénesthésie, sur le psychisme, et parfois même sur la symptomatologie objective du malade soumis à l'administration quotidienne de 150 mgr. de chlorpromazine pendant une période de vingt jours de traitement. On peut conseiller cette méthode dans la pratique rhumatologique ordinaire et associer la chlorpromazine et le pyramidon. Cinq observations sont rapportées à titre d'exemples. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Thérapeutique hypnoanalytique avec illustrations de cas (Hypnoanalytic therapy with case illustrations), par Jerome M. Schneck (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 10, n° 3, juillet 1956, p. 536-541).

Trois cas sont rapportés de malades soumis à un traitement hypnoanalytique. Il s'agit de bégaiement avec anxiété, d'asthme avec conflit conjugal, de dépression avec dissentiment conjugal. Les méthodes thérapeutiques utilisées comprenaient la visualisation de scènes hypnotiques, des identifications provoquées, l'interprétation de symboles, l'association libre, l'analyse de transfert, la suggestion posthypnotique et des phénomènes sensoriels spontanés. Dans l'explication du mécanisme d'action des traitements, il faut mettre au premier plan, à titre de dynamismes efficaces, l'isolement, l'identification, la projection, la symbolisation, le déplacement, la condensation et la rationalisation.

V.-J. Durand.

La déhydroisoandrostérone en psychiatrie (La dehidroisoandrosterona en psiquiatria), par Antonio H. Codevilla et Guillermo Vidal. (*Acta neuropsiquiátrica argentina*, vol. 2, n° 2, avril-juin 1956, p. 165-168).

L'acétate de déhydroisoandrostérone a été administré pendant deux mois, par voie sublinguale, à la dose de 50 mgr., à soixante malades souffrant d'affections psychiques. Il s'agissait de trente névroses et personnalités psychopathiques, douze dépressions endogènes, dix schizophrénies chroniques, huit syndromes de Klinefelter. Les résultats obtenus furent assez médiocres. Seuls, quatre cas de syndrome de Klinefelter et deux psychoses dépressives s'améliorèrent. Les autres malades et, en particulier, les névroses, les personnalités psychopathiques, les schizophrénies, la majorité des dépressions endogènes demeurèrent insensibles au traitement. Il semble donc que ce dernier est beaucoup moins efficace que ne l'avaient affirmé certains auteurs anglo-saxons comme D. E. Sands, W. A. H. Stevenson et E. B. Strauss. D'autres recherches sont nécessaires. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'analyse directe de la relation mère-enfant dans le traitement des enfants mal adaptés (The direct analysis of the mother-child relationship in the treatment of maladjusted children), par B. M. Pechey (de Durban). (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 2-3, 1955, p. 101-112).

L'auteur montre l'intérêt de l'étude des relations mère-enfant, au cours du traitement des enfants inadaptés. Des exemples détaillés sont rapportés. La technique peut varier considérablement suivant les nécessités. Il est possible d'obtenir une meilleure connaissance de la configuration parents-enfant, de mettre en évidence l'existence de fréquents facteurs traumatiques, d'améliorer les relations mutuelles. La méthode est particulièrement applicable chez les jeunes enfants, de 3 ans 1/2 à 10 ans. Un degré suffisant d'intelligence est nécessaire chez le jeune malade. D'autre part, il faut trouver chez la mère assez de compréhension. La technique ne peut s'employer en cas de troubles paranoïdes. Elle peut s'associer avantageusement à d'autres thérapeutiques. Les résultats peuvent alors être améliorés.

V.-J. Durand.

Les psychothérapies préanalytiques, par Marcel Roch (de Lausanne). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 77, fasc. 1-2, 1956, p. 492-496).

Etudiant les pychothérapies préanalytiques, l'auteur pense que la complexité de la préparation du malade à la cure psychanalytique est liée à plusieurs causes. Il y a d'abord la question des indications du traitement en fonction des critères de la structure et de la force du moi. Puis intervient le problème de l'attitude du psychothérapeute en face des phénomènes de transfert et du contre-transfert au cours de cette psychagogie, dont le but est d'obtenir du malade une meilleure conscience de ses troubles et de tendre à diminuer ses résistances superficielles, sans risquer de faire apparaître les résistances profondes. Tout cela est difficile et nécessite de la part du psychothérapeute une très grande lucidité et une particulière clairvoyance pour le maniement du transfert et du contre-transfert. Il doit pouvoir apprécier quelles seront les exigences de la psychanalyse ultérieure. Il doit aussi pouvoir évaluer avec exactitude l'aptitude de son malade à l'analyse en mesurant la structure et la forme du moi dans leurs lignes générales.

V.-J. Durand.

Le conseil projectif. Technique psychothérapique (Projective counseling. A psychotherapeutic technique), par Molly Harrower (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 10, n° 1, janvier 1956, p. 74-86).

Le conseil projectif consiste à mettre le malade en face de ses propres productions dans des techniques projectives, telles que le Rorschach, le « figure drawing test », le « sentence completion test », le « most unpleasant concept test ». Plusieurs faits importants doivent être signalés : il n'existe pas une façon unique de se servir de chacun de ces tests. Tous ne sont pas nécessaires pour chaque cas. Le thérapeute doit être parfaitement pénétré de tous les détails des productions du sujet. Non seulement le matériel doit en

être soigneusement connu, mais toutes les nuances doivent en être analysées. Tous les malades ne se montrent pas réceptifs à une telle technique, qui d'ailleurs ne peut pas être employée chez ceux qui sont très troublés. Il ne faut pas, d'autre part, séparer cette méthode des autres moyens d'approche. Il ne faut pas l'utiliser avant qu'un sentiment de confiance soit éprouvé par le malade pour le thérapeute. V.-J. DURAND.

Le rôle de la personnalité de l'analyste en thérapeutique (The role of the analyst's personality in therapy), par Clara THOMPSON (de New-York). (*American journal of psychotherapy*), vol. 10, n° 2, avril 1956, p. 347-367).

Au cours de la psychanalyse, la personnalité du thérapeute joue un rôle important. Il est difficile au médecin de demeurer absolument neutre et sans réactions. Les études sur le contre-transfert ont montré la multiplicité des interférences entre les personnalités du malade et de l'analyste. Les moyens employés pour diminuer l'intensité de ces interactions ne permettent pas de les supprimer totalement. Quelques exemples des difficultés possibles pendant la cure sont rapportés. Différents conseils sont donnés. Le psychanalyste doit montrer une attitude constante de bonne volonté, mais cette attitude doit être naturelle. La sympathie éprouvée par le thérapeute pour son malade doit lui permettre de mieux le soigner. Il n'est pas possible de définir certains types de personnalités, particulièrement aptes à exercer une activité psychanalytique. Mais on peut souvent noter que les caractéristiques psychologiques du psychanalyste peuvent faciliter le traitement de certains types de malades. L'idéal serait de rechercher un parallélisme des traits psychologiques entre malade et thérapeute. Les résultats du traitement seraient meilleurs. Une longue discussion a suivi la communication de Clara Thompson. V.-J. DURAND.

Les réunions alternées dans la psychothérapie de groupe (The alternate meeting in group psychotherapy), par Asya L. KADIS (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 10, n° 2, avril 1956, p. 275-291).

Dans la méthode des réunions alternées en psychothérapie de groupe, les malades tiennent, en plus des séances habituelles en présence du thérapeute, d'autres réunions sans lui. L'auteur décrit la méthode, étudiant ses conditions théoriques et pratiques d'emploi, les conséquences au point de vue du développement des phénomènes de transfert et de résistance. L'alternance de relations hiérarchisées et de relations entre pairs conduit à augmenter de façon notable la liberté d'expression et la force du moi. Cela constitue un des principaux avantages du procédé. Il s'agit d'ailleurs encore d'une technique qui commence à être utilisée. De nouvelles recherches sont nécessaires pour préciser divers points encore incomplètement éclaircis. Références bibliographiques. V.-J. DURAND.

Analyse du transfert en psychologie analytique (Analysis of transference in analytical psychology), par Joseph L. HENDERSON (de San-Francisco). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 4, octobre 1955, p. 640-656).

Dans la conception originale de Freud, le transfert, comme l'état de névrose, contient des complexes qui sont conditionnés par les expériences

infantiles précoces avec les parents et les frères et sœurs. La relation du malade avec son analyste est considérée comme la réplique de sa relation avec son parent. Jung, de son côté, met en valeur l'aspect archétypique du transfert. Quant à Adler, il considère que le transfert est seulement un cas particulier du phénomène plus large de projection. Comme l'indique Jung, il faut faire une auto-analyse continue du contre-transfert. Pour illustrer cela, l'auteur rapporte l'observation détaillée d'une malade de 35 ans. L'étude du cas clinique est faite selon les principes d'interprétation de Jung, en particulier par l'explication des images des archétypes de blanc et de noir. Les conceptions de Jung permettent une meilleure connaissance des facteurs psychologiques humains.

V.-J. Durand.

Applications cliniques de l'A.C.T.H. et de la cortisone en neurologie (Applicazioni cliniche dell' A.C.T.H. e cortisone in neurologia), par Vincenzo Floris et Franco Zappi (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 26, fasc. 3, mai-juin 1956, p. 295-333).

S'appuyant sur les données de la littérature et sur leur expérience personnelle, les auteurs étudient les applications cliniques de l'A.C.T.H. et de la cortisone en neurologie. Il apparaît que ces hormones sont efficaces dans certaines maladies, peu utiles ou sans action dans d'autres. Dans l'ensemble, la cortisone et l'A.C.T.H. ont une action curative dans les syndromes inflammatoires et dans ceux où interviennent des mécanismes de type allergique. Un des domaines les plus fertiles de l'emploi de la cortisone est représenté par les encéphalites para-infectieuses exanthématiques ou post-vaccinales et dans le syndrome de Guillain-Barré, pour lesquels est au premier plan un facteur pathogène allergique. Un autre groupe important, où la cortisone et l'A.C.T.H. se sont révélées efficaces, est celui des complications rhumatismales ou considérées comme probablement rhumatismales du système nerveux : chorée mineure, paralysie faciale périphérique, périartérite noueuse. L'efficacité est également notable dans de nombreuses formes inflammatoires à étiologie variée : en particulier, dans les méningites tuberculeuses, où les deux hormones introduites par voie intrarachidienne provoquent une atténuation des processus inflammatoires hyperplasiques méningés, empêchant la formation des adhérences, qui constituent une complication grave de la maladie. Enfin, il faut noter comme d'un grand intérêt pratique l'action antalgique que possèdent les hormones dans quelques formes de radiculonévrites, parmi lesquelles le tabès dorsal, ainsi que dans les syndromes douloureux de l'herpès. Dans d'autres domaines (myasthénie, maladies dégénératives, thromboses cérébrales, etc.), les résultats sont plus modestes ou même trop douteux pour que la thérapeutique hormonale se montre utile. Deux figures. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 février 1957*, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

La séance clinique du mois de mars aura lieu le *lundi 11 mars 1957*, à 10 heures, à l'amphithéâtre Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e] arrondissement).

La séance ordinaire du mois de mars aura lieu le *lundi 25 mars 1957*, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre le décès du professeur A. Baudouin, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de notre Société depuis 1930. Il en avait été président en 1945.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

Par arrêté du 4 janvier 1957, M. le D[r] Bensoussan (Pierre) est chargé à titre provisoire des fonctions de médecin-chef de service au Centre psychiatrique Sainte-Anne, en remplacement de M. le D[r] Bessière, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

(*J.O.* du 16 janvier 1957, p. 759).

Par arrêté du 21 janvier 1957, Mme le D[r] Lévêque est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Bégard (Côtes-du-Nord) (poste créé).

(*J.O.* du 30 janvier 1957, p. 1201).

Vacances de postes

Un poste de médecin-assistant est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir).

(*J.O.* du 12 janvier 1957, p. 634).

Un poste de médecin-adjoint est envisagé au Centre de protection infantile de Bullion-Longchêne (Seine-et-Oise).

(*J.O.* du 17 janvier 1957, p. 795).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Colson (Martinique) (poste créé) ;

Un poste de médecin-chef du cadre des hôpitaux psychiatriques chargé d'un service d'enfants à l'hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir) et des fonctions de psychiatre départemental en ce qui concerne la neuro-psychiatrie infantile (poste créé). Le titulaire du poste sera logé provisoirement à l'hôpital psychiatrique de Bonneval.

(*J.O.* du 17 janvier 1957, p. 794).

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Blain (Loire-Inférieure), en cours de construction. Les candidats éventuels sont avisés qu'ils ne pourront effectivement être installés à ce poste que lorsque la première tranche des travaux en construction sera sur le point d'être mise en service. Le candidat devra donc conserver son poste actuel durant la réalisation de ces travaux. Il sera chargé, pendant cette période, de donner son avis aux autorités responsables sur tous les points touchant la construction de l'établissement, son équipement et l'organisation de l'assistance psychiatrique dans la Loire-Inférieure. Ses frais de déplacement et de mission pour se rendre dans la Loire-Inférieure durant cette période lui seront réglés sur les bases prévues pour le personnel départemental. Il devra s'engager à prendre effectivement ce poste lors de la mise en service de la première tranche de l'établissement et à le conserver pendant une période minimum de deux ans, sauf cas de force majeure.

(*J.O.* du 25 janvier 1957, p. 1050).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à compter des présents avis, au secrétariat d'Etat à la santé (direction de l'administration générale du personnel et du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

L'Association régionale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence de Normandie fait connaître que la création d'un second poste de médecin neuro-psychiatre à temps complet est envisagée pour le service de l'enfance inadaptée dans la région. Les candidats intéressés sont priés d'envoyer leur *curriculum vitæ* et toutes références au secrétariat, 54, bd des Belges, à Rouen.

Vacance de place d'interne

Un poste d'interne est libre à l'hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir). Ecrire au directeur.

Avis de concours

Un concours pour le recrutement d'internes des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Rennes sera ouvert à Rennes à partir du 25 mars 1957. Postes à pourvoir :

Hôpital psychiatrique de Lehon (Côtes-du-Nord) (3 postes).
Hôpital psychiatrique de Plouguernevel (Côtes-du-Nord) (2 postes).

Hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère) (6 postes).
Hôpital psychiatrique de Rennes (Ille-et-Vilaine) (6 postes).
Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) (2 postes).

Les candidats devront déposer leur dossier, ou le faire parvenir par lettre recommandée, avant le 10 mars, à l'Inspection divisionnaire de la santé, 3, rue de Fougères, Rennes.

Internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Rouen :

Le concours ouvert pour le recrutement d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques publics de la région sanitaire de Rouen, annoncé pour le jeudi 21 mars 1957, est reporté au jeudi 4 avril 1957, à 9 heures.

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1957 (1er trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 90.525. — 1957